Rko IV. Styczeń, Luty i Marzec 1906 r. Zeszyt I, II, i III.

BIBLIOTEKA LEKARSKA. Rok IV. T. XIII.

Jules Comby,
Lekarz szpitala dla dzieci (Hôpital des Enfants malades)
w Paryżu.

PODRĘCZNIK CHORÓB DZIECI.

Tom II.

Choroby narządów trawienia i oddechania.

z IV przejrzanego i uzupełnionego wydania

SPOLSZCZYŁ

D-r Józef Zawądzki.

WARSZAWA.
Nakład Biblioteki Lekarskiej.
Druk Piotra Laskauera i S-ki.
1906.

Do Czytelników.

Na życzenie licznych przedpłacicieli począwszy od roku bieżącego zamiast zeszytów luźnych wydawać będziemy **całe tomy**, unika się bowiem przez to gubienia zeszytów pojedyńczych i oddzielnego broszurowania.

Jako pierwsze 3 zeszyty t. j. za Styczeń, Luty i Marzec wydajemy Comby: Choroby dzieci T. II. Opóźnienie nastąpiło z przyczyn technicznych.

Następne 3 zeszyty za Kwiecień, Maj i Czerwiec wyjdą w końcu półrocza bieżącego i zawierać będą Tom III-ci i ostatni dzieła Comby'ego

W drugiem półroczu wyjdzie jako tom oddzielny bogato illustrowany podręcznik chorób kobiecych Prof. Pozzi'ego. Sława tego podręcznika jest ustalona, nie wątpimy więc, iż czytelnicy przyjmą tę wiadomość z uznaniem.

Redakcya

BIBLIOTEKA LEKARSKA. Rok IV. Tom XII.

Jules Comby,
Lekarz szpitala dla dzieci (Hôpital des Enfants malades)
w Paryżu.

PODRĘCZNIK
CHORÓB DZIECI.

TOM II.

Choroby narządów trawienia i oddechania.

z IV przejrzanego i uzupełnionego wydania

SPOLSZCZYŁ

D-r Józef Zawadzki.



WARSZAWA.
Nakład Biblioteki Lekarskiej.
Drukiem Piotra Laskauera i S-ki.
1906.

CZĘŚĆ II.

Choroby miejscowe czyli organiczne.

DZIAŁ I.

Choroby przewodu pokarmowego i jego przydatków.

ROZDZIAŁ I.

Choroby jamy ustnej.

A. Zajady.

Cierpienie to właściwe dzieciom opisał po raz pierwszy J. Lemaistre (Limoge 1886); jest to rodzaj przewlekłego zapalenia jamy ustnej, umiejscowionego w kątach ust.

Przyczyny Choroba w mowie będąca zdarza się przedewszystkiem u uczniów w szkołach; zarówno w miastach jak i po wsiach, spostrzegałem ją bardzo często, częstość jej zależy od użycia wspólnych kubków do picia, jest zatem zakaźną i zaraźliwą. Lemaistre wykrył i wyhodował drobnoustrój zajadów, który w hodowlach występuje w postaci łańcuszków, wzajemnie splatających się z sobą, stąd nazwa streptococcus plicatilis; znajdywano go nietylko w zajadach, ale w zakażonych naczyniach z wodą. Ponieważ drobnoustrój jest beztlenowcem, rozwija się tylko w kątach ust i nie szerzy się na bliższe nawet okolice; rozwi-

ja się w komórkach i przestrzeniach między-komórkowych nabłonka, głębiej nie sięga.

Objawy są wyłącznie przedmiotowe, podmiotowo bowiem choroba wywołuje nieznaczne cierpienia, a prócz ciągłego zwilżania kątów ust językiem, żadnych zaburzeń w czynności nie widzimy. Choroba nie wywołuje bólów, ani zapalenia miejscowego lub w gruczołach sąsiednich, rokowanie jest dobre, ale trwać może długo i często wracać. Wygląd zajadu jest wysoce charakterystyczny, kąt otrzymuje zarysy nieprawidłowe, barwę opalu, jest zgrubiały i pofałdowany jakby skutkiem przyżegania lub wymoknięcia, obraz ten widzimy bez otwarcia ust, niekiedy nadto spostrzegamy rozpadliny, podobne do przymiotowych.

Rozpoznanie jest łatwe, możemy wahać się tylko co do lepieży płaskich, zwrócić jednak należy uwagę, że zajady zdarzają się głównie w wieku szkolnym u wielu dzieci jednocześnie, że nie przenoszą się na dorosłych, oraz ograniczają się wyłącznie do kątów ust, podczas gdy lepieże występują u noworodków jednocześnie z innymi objawami przymiotu w jamie ustnej, na śluzówce nosa i skórze, zresztą zgrubienie skutkiem lepieży jest większe, boleśniejsze; wywiady i leczenie rozstrzygną kwestyę w sposób ostateczny.

Leczenie i zapobieganie. Zajady należy codziennie przyżegać nalewką jodową, leczenie to usuwa zajad szybko, ale nawroty są częste, o ile nie będzie przestrzegane nadal wyjaławianie wodą wrzącą szklanek, kubków i t. p. oraz wzbronione używanie wspólnych kubków, serwetek, chustek do nosa etc. Źródła zakażone zamknąć należy.

B. Łuszczyca języka.

Choroba ta, właściwa i dorosłym, bardzo często zdarza się u małych dzieci, cechuje się zgrubieniem i złuszczeniem nabłonka języka, z tego też powodu nadawano jej nazwy

glossitis epitelialis, desquamativa, lingua geographica, eczema linguae (Besnier).

Przyczyny. Parrot niesłusznie za przyczynę uważał wyłącznie przymiot; na 28 spostrzeżeń (Rev. mal. de l'enf 1888) ani w jednym wypadku nie stwierdziłem przymiotu, a Sevèstre, Louis Guinon, de Molénes i wielu innych podziela to zapatrywanie.

Choroba zdarza się w czasie pierwszego zębowania między 6—30 miesiąc., ale zdarza się i u niemowląt, szczególniej karmionych sztucznie. Prawdopodobnie pochodzenie choroby zakaźne, ale badania nad tą sprawą nie są wyczerpane.

Objawy. Zazwyczaj choroba przebiega skrycie i nie daje objawów podmiotowych, rzadziej występuje ból przy żuciu lub ssaniu. Przedmiotowo znajdujemy zmiany na grzbiecie i brzegach języka na małej przestrzeni, pełzające albo rozlane. Początkowo znajdujemy tylko zgrubienie białawe śluzówki rodzaj zapalenia przerostowego. Nabłonek zgrubiały i zmieniony ulega wkrótce złuszczeniu, poczem na danem miejscu język jest obnażony, gładki i lśniący. Złuszczenie następuje nie odrazu, ale w różnym stopniu łukami, przez co język nabiera wyglądu mapy geograficznej, łuki coraz się rozszerzają i w końcu część znaczna lub nawet cały język zostaje obnażonym z naskórka; zazwyczaj sprawa nosi charakter pełzający; dawniej zajęte miejsca goją się, a sprawa posuwa się dalej, zdarza się również, że zarysy nie są prawidłowe i łukowate.

Choroba zawsze przebiega przewlekle, ani początku określić nie możemy, ani przewidzieć końca, ale mimo to jest dobrotliwą, nigdy nie drąży, wgłąb języka, nie wywołuje odczynu miejscowego, ani bólów, ani też nie upośledza bynajmniej czynności języka.

Rozpoznanie jest bardzo łatwe i ani na chwilę nie można wahać się w rozpoznaniu różniczkowem co do pleśniawek, nalotów, owrzodzeń przymiotowych, liszaja, zapalenia owrzadzającego.

Leczenie. jak dotąd jest bezskuteczne, wypróbowałem wiele środków bez wyniku, utrzymywać jedynie należy jamę ustną w czystości i dbać o sprawność narządów trawienia.

C. Pleśniawki.

Pleśnica biała (oïdium albicans Robin'a, saccharomyces albicans innych autorów) jest grzybkiem rozwijającym się głównie na śluzówce jamy ustnej i wywołującym zapalenie jej pasorzytnicze, szczególniej u niemowląt.

Przyczyny. Choroba rozwija się najczęściej u niemowląt w szpitalach, przytułkach w postaci endemicznej, co daje się wytłómaczyć zakażeniem z powietrza i przedmiotów (łyżeczki, smoczki) sprzyja jej również nędza, uwiąd i wyniszczenie przy karmieniu sztucznem. Parrot poszedł dalej i uważał pleśniawki za objaw zaniku, pogląd to jednak niesłuszny, gdyż pleśniawki rozwinąć się mogą u zupełnie skądinąd zdrowych osobników, co spostrzegałem wielokrotnie, dodać jednak muszę, że nie spostrzegałem nigdy pleśniawek sporadycznie u ssawców, karmionych piersią matki. Rémy (Rev. med. de l'Est. 1889) opisuje epidemię pleśniawek w Maternité w Nancy, która nie oszczędzała dzieci zdrowych, u których stwierdzono nawet owrzodzenia, charakterystyczne dla uwiądu.

W pleśniawkach prawie zawsze stwierdzić można w jamie ustnej odczyn kwaśny, nie posiada on jednak cech chorobowych (Gubler) i bynajmniej nie jest zwiastunem pleśniawek, toć u noworodków ślina zawsze ma odczyn kwaśny, a przeciwnie u 2 i pół letniej dość zdrowej dziewczynki w czasie pleśniawek znalazłem ślinę obojętną. Dzieci starsze są coraz bardziej odporne na pleśniawki, które występują u nich zwykle jako powikłanie innych chorób (nieżyt płuc, gruźlica).

Wogóle bezpośrednią przyczyną pleśniawek jest zakażenie zarodnikami pleśnicy śluzówki kwaśnej jamy ust-

nej z powietrza, z innej jamy ustnej, smoczka lub brodawki sutkowej, o ile ta ostatnia zostanie zakażoną przez ssanie. Przyczyną jest karmienie sztuczne lub mieszane oraz wszelkie czynniki osłabiające, które przygotowują podłoże dla rozwoju pleśnicy. Karmienie naturalne zapobiega chorobie.

Anatomia patologiczna. Grzybek, wywołujący pleśniawki został wykryty w 1842 roku, przez Berg'a (ze Stockholmu), Gruby w tym samym roku jemu przypisał zapalenie jamy ustnej i nazwał go aphtophyta, w 1853 opisał go szczegółowo Robin. Składa się on z nici rurkowatych szerokości 3—4 μ. i długości około 0,0005, utworzonych z rozgałęziających się komórek, wewnątrz tych ostatnich znajdujemy ziarenka, a niekiedy komórki owalne. Koniec przyrośnięty tych nici gubi się śród zarodników oddzielnych lub zmieszanych z nabłonkiem śluzówki; po starannem oczyszczeniu na końcu nici znajdujemy zarodnika kulistego z ziarnkami, obdarzonemi ruchami Brown'a. Quinquaud grzybek ten chrzci mianem syringospora Robin, Świeżo L'Conchetti (Arc. de méd. des Enf. 1900) dowodzi przeciwnie, że jest to pleśnica biała (oidium albicans). Dzięki układowi rurki i zarodniki nadają śluzówce wygląd błony rzekomej, przy badaniu jednak drobnowidzowem przekonać się możemy, że śluzówka jest zdrowa, a prócz pleśnicy znaleźć możemy włoskowca (leptotrix buccalis), b. c. krwi, oraz różne drobne ustroje, zresztą nalot pleśniawek jest większy i mniej odporny, niż błona rzekoma, przyrasta natomiast dość wolno; w żołądku pleśnica wdrąża się głęboko w śluzówkę (Parrot).

Pleśniawki znajdujemy zwykle w jamie ustnej na języku, policzkach i podniebieniu, dość rzadko na dziąsłach, podniebieniu miękkiem, gardzieli, dla obecności nabłonka rzęskowego nigdy w jamie nosogardzielowej, trąbce Eustachiusza i nosie. Valleix i Seux znajdywali go często w przełyku, a Parrot w żołądku, na dolnych strunach głosowych i w pęcherzykach płucnych, w każdym jednak

razie te ostatnie umiejscowienia należą do rzadkości. Pleśniawki mogą jednak wystąpić w odległych od pierwotnego ogniska narządach, ułatwiają ropienie, znajdywano je np. w zapaleniu przyusznicy w uchu środkowem, w ropniach mózgu, nerek, śledziony. (Zencker, Schmorl, Guidi). Z przerzutami pleśniawek zapoznano się dziś dzięki doświadczeniom dokładnie, możemy bowiem wywołać za pomocą szczepień grzybicę ogólną. Pleśniawki mogą wywołać owrzodzenia (ulc. pterygoideum) przeważnie w uwiądzie, ale niekiedy u osobników zdrowych (Rémy).

Objawy. Jeszcze przed wystąpieniem plam białych śluzówka jest zaczerwieniona, sucha, daje odczyn kwaśny i powoduje ból przy ssaniu, niekiedy objawy te poprzedza wychudzenie, biegunka i wymioty. Przy badaniu przedmiotowem na grzbiecie języka, na podniebieniu i wewnętrznej stronie policzka znajdujemy plamy białe, przyrosłe, ale kruche, o wyglądzie swoistym przy badaniu drobnowidzowem. Plamy te rosną i mogą pokryć część lub nawet cały język i, przechodząc na gardziel, utrudniać połykanie i ssanie, zmieniając barwę na żółtoniebieskawą, brudną. Pleśniawki głębiej wdrążają się w język, ale im są starsze, tem łatwiej usunąć się dają, po usunięciu, widzimy zaczerwienienie i nastrzyknięcie śluzówki, ale owrzodzeń nie znajdujemy; na obnażonych powierzchniach pleśniawki narastają wkrótce. Naokoło opisanych przez Parrot'a owrzodzeń zawsze znajdujemy pleśniawki, owrzodzenia te występują w ciężkich postaciach pleśniawek u osobników skądinąd zdrowych. Pleśniawki jamy ustnej nie wpływają na utrudnienie połykania; zwracanie pokarmów przemawia za rozprzestrzenieniem się pleśniawek na gardziel lub przełyk.

Objawy ogólne zazwyczaj poprzedzają pleśniawki i nie stoją z niemi w związku bezpośrednim, pleśniawki usunąć łatwo, objawy zaś ogólne: biegunka, wymioty, różyczka pośladków, uwiąd ustępują o wiele trudniej.

Rokowanie. Śmierć noworodków z pleśniawkami by-

najmniej nie należy od tych ostatnich, są raczej powikłaniem, niż przyczyną stanu groźnego. Zazwyczaj dziecko nie znosi karmienia sztucznego występuje uwiąd, a równocześnie pleśniawki, które uważać należy za powikłanie sprawy zasadniczej. O ile pleśniawki nie wystąpią równocześnie z zanikiem, ale przypadkowo u dzieci skądinąd zdrowych, ustępują z łatwością pod wpływem leczenia i stają się wyjątkowo chyba przyczyną śmierci.

Rozpoznanie jest łatwe, o ile wziąć pod uwagę otoczenie dziecka, sposób karmienia oraz charakterystyczny wygląd pleśniawek. Złogi sernika odróżnić można z łatwością, dzięki nieprawidłowemu rozmieszczeniu, łatwości usuwania ich. Zapalenie miazgowate jamy ustnej różni się nagromadzeniem białych komórek nabłonka, dokładnie widzialnem pod drobnowidzem. Owrzodzenia pryszczykowe, liszajowe i inne odróżnić łatwo, błony zaś rzekome są gładsze, przyrastają silniej i wywołują obrzmienie gruczołów sąsiednich. Małe torbiele skórzaste na szwie podniebiennym łatwo odróżnić u noworodków, dzięki zarysom okrągłym, powierzchni gładkiej, umiejscowieniu i krwawieniu przy usiłowaniach usunięcia, torbiele te mogą uledz owrzodzeniu (aphtae Bednari).

Leczenie i zapobieganie. Najlepsze wyniki dają zasady: pęzlowanie co godzinę 5 % roztworem sody lub wodą wapienną, w pleśniawkach gardzieli i przełyku podajemy mleko z wodą Vichy, w uporczywych zaś przypadkach pęzlujemy ostrożnie płynem Van Swietena. Dobre wyniki daje boraks (10 gm. na 20 gm. gliceryny) oraz woda utleniona (Damaschino). Hutinel, u noworodków z pleśniawkami stosował płukanie żołądka wodą Vichy 2 razy dziennie. Zwrócić również należy uwagę na stan ogólny, zamiast karmienia sztucznego, zastosować naturalne, przestrzegać czystości smoczka i wyjaławiać wodą wrzącą wszystkie przedmioty, stykające się z jamą ustną dziecka. W przytułkach dzieci z pleśniawkami należy ściśle odo-

sabniać. Najlepszym wszakże środkiem zapobiegawczym jest karmienie naturalne.

D. Zapalenie rumieniowe i miazgowate.

Zapalenie rumieniowe jamy ustnej wraz ze swą odmianą miazgowatą zdarza się u dzieci bardzo często samoistnie lub spółcześnie z innemi zapaleniami jamy ustnej.

Przyczyny. Skutkiem karmienia sztucznego, zbyt wczesnego odstawienia, uwiądu, powstaje podrażnienie jamy ustnej, tak samo działa ząbkowanie, do przyczyn przypadkowych należą zbyt gorące płyny i lekkie oparzenie śluzówki. Prócz tych przyczyn miejscowych zaliczyć wypada choroby zakaźne: płonicę, odrę, świnkę, nie mówiąc już o rzadkiem u dzieci zatruciu rtęcią. U noworodków w jamie ustnej znajdowano gonokoki z pochwy matki. Wertheimer u dzieci, karmionych sztucznie, opisuje zaczerwienienie końca i brzegów języka, zależne od zetknięcia ze smoczkiem kauczukowym.

Objawy. Głównym objawem jest zaczerwienienie śluzówki, ta ostatnia jest sucha lub też spostrzegamy ślinotok, szczególniej w czasie ząbkowania. Dziąsła są wtedy obrzmiałe szczególniej na miejscu, gdzie ząb ma się wyrznąć. Jeżeli powierzchnia będzie pokryta białawo-opalizującym nalotem mówimy o zapaleniu miazgowatem, nalot składa się z rozpadłego nabłonka i schodzi łatwo bez uszkodzenia śluzówki. Niekiedy obrzmiałe i obnażone dziąsła w czasie ząbkowania krwawią. U jednego z mych chorych (5 l.) krwawienie z dziąsła w blizkości kła spruchniałego następowało przy każdym kaszlu.

Zapalenie rumieniowe wywołuje ból i utrudnione połykanie, niekiedy gorączkę i podniecenie ogólne, skutkiem czego dziecko napiera się wciąż piersi, zapalenie to wywołać może biegunkę i wymioty. Zauważyłem, że objawy ogólne i miejscowe są wyraźniejsze przy wyrzynaniu kłów

i zębów trzonowych, podczas gdy wyrzynanie siecznych zwykle nie daje tych objawów. Rokowanie wogóle jest dobre, choroba sama przez się jest bez znaczenia.

Leczenie. Pęzlowanie 3—4 razy dziennie powierzchni obnażonych ciepłym 3 —4 roztworem boraksu, chlorku potasu, kwasu bornego. Przy odczynie kwaśnym śliny stosujemy wodę wapienną lub Vichy.

E. Zapalenie owrzadzające jamy ustnej

1. Zapalenie owrzadzające zwykle.

W rozdziale o krztuścu wspominałem już o owrzodzeniu pod językiem, o ile owrzodzenie tego rodzaju przebiega z żywym odczynem będziemy mieli w tym razie zapalenie owrzadzające pochodzenia urazowego, również pochodzenia urazowego jest zapalenie w czasie ząbkowania, aczkolwiek zdarza się to niezmiernie rzadko. Przyczyna choroby w tym razie jest zawsze jednakowa, objawy natomiast różnić się mogą, skutkiem powikłań najrozmaitszych. W jamie ustnej znajdujemy stale drobnoustroje, które w stanie normalnym nie są szkodliwe, złośliwość ich jednak wzmagać się może, stąd też nawet tak lekki uraz jak wyrznięcie zęba może wywoływać różne następstwa. Toż samo rzec można o zębach spróchniałych, które wywolują na dziąśle owrzodzenie nieprawidłowej postaci bez wysięku na powierzchni i dość ograniczone lub też liczne owrzodzenia, obejmujące całą jamę ustną. U 2-letniej dziewczynki przy wyrznięciu 2 kłów dolnych spostrzegałem grzybowate nacieczenie dziąseł wzniesionych przez ząb, które wkrótce uległo owrzodzeniu, stąd owrzodzenie przeszło przez zetknięcie na wewnętrzną powierzchnię wargi dolnej oraz na inne części śluzówki, towarzyszył mu ślinotok z odczynem obojętnym oraz obrzmieniem gruczołów podszczękowych. Zapalenie owrzadzające pochodzenia zębowego może wywołać ropienie gruczołów

z niekształtnemi w następstwie bliznami. W przypadkach wyjątkowych owrzodzenie nabiera własności zgorzelinowych z nieznośnym odorem z ust.

Na tle zmian w jamie ustnej powstać może zakażenie gruczołów szyjnych l. gruźliczym. To też należy leczyć starannie owrzodzenia w jamie ustnej i przyspieszać o ile można ich zabliźnienie. Przemywanie jamy ustnej chloranem potasu, płynem Van Swietena zazwyczaj dają wyniki wyborne. Oczywiście należy usuwać zęby zepsute i wogóle wszelkie czynniki drażniące.

2. *Zapalenie owrzadzająco-błoniaste.*

Odmianę tę opisał Taupin i Bergeron (1859), jest ona chorobą zakaźną i swoistą, cechującą się owrzodzeniami początkowo na dziąsłach i wewnętrznej stronie policzków później na całej śluzówce jamy ustnej, ślinotokiem, oddechem cuchnącym, dymienicą gruczołów podszczękowych. Choroba zdarza się najczęściej u dzieci i żołnierzy; uważano ją dawniej za błonicę, od której jednak różni się znacznie, niema też nic wspólnego z gnilcem i zgorzelą. W koszarach występuje nagminnie i udziela się zdrowym od chorych. Rzadziej zdarzają się epidemie wśród dzieci, chociaż znam przypadki zachorowań w rodzinie i przeniesienia choroby z dziecka na matkę. U jednego z chorych Bergeron'a Pasteur wykrył krętki, dające się wybornie hodować, szczepione jednak z wynikiem ujemnym. Takież same krętki opisuje Netter, świeżo zaś Frühwald (Jahrb. f. Kind. 1889) opisuje lasecznika, którego szczepienie dało wyniki dodatnie, wreszcie Vincent (Soc. des hop. 1898-99), opisał l..wrzecionowate, 6—12 μ. długości, cieńszego na końcach i grubszego pośrodku, którego spotykał w owrzodzeniach jamy ustnej równocześnie z krętkami. Jak widzimy bakteryologia tego cierpienia nie jest jeszcze wyjaśniona ostatecznie.

Zmiany chorobowe są dwojakie: zapalne lub odczy-

nowe, zaczerwienienie, obrzmienie, nacieczenie b. c. krwi śluzówki, oraz destrukcyjne, swoiste, polegające na zniszczeniu, owrzodzeniu śluzówki i wysięku zgorzelinowym. W początkach można niekiedy znaleźć na dziąsłach plamy żółtawe, zaokrąglone nieprawidłowo nieco wzniesione skutkiem zebrania się pod niemi mętnego płynu, byłby to więc okres pęcherzykowy lub pryszczowy choroby. Zwykle jednak znajdujemy owrzodzenia odrazu, a okres pierwszy uchodzi naszej uwagi.

Sprawa głównie umiejscawia się na dziąsłach dolnych, owrzodzenie rozpoczyna się od wolnego brzegu i szerzy się po powierzchni i wgłąb, brzegi są nierówne, dno szarawe składa się z rozpadu nabłonka, włókien łącznotkankowych, krwi i ropy. Pod wpływem leczenia owrzodzenia oczyszczają się i goją szybko. Na wewnętrznej powierzchni policzków owrzodzenia umiejscawiają się na wysokości zębów, są wydłużone, owalne; nieleczone zlewają się z sobą i tworzą wydłużone, nieprawidłowe owrzodzenia.

Częstokroć wydaje się, że owrzodzenia pokryte są rodzajem błony szarawej, którą z trudnością oddzielić można, błona ta jest wynikiem zgorzeli śluzówki i znika wkrótce, składa się zaś z włókien elastycznych i łącznotkankowych, oraz rozpadłej tkanki komórkowej, co zależy według Cornil'a i Ranvier'a od przepojenia śluzówki ropą i włóknikiem oraz zatkania naczyń. Owrzodzenia mogą przejść na wargi, język, podniebienie i migdały. Jednocześnie z owrzodzeniami występuje obrzmienie gruczołów podszczękowych, twardych, obrzękłych, bolesnych, rzadko jednak dochodzi do ropienia.

Bergeron opisuje u żołnierzy okres wylęgania i wtargnięcia, u dzieci jednak trudno go zauważyć. Pierwszym objawem, zwracającym na siebie uwagę, jest ślinotok obfity i oddech cuchnący oraz utrudnienie żucia, a niekiedy ból przy jedzeniu. Odczyn śliny jest obojętny lub zasadowy, podczas gdy w innych rodzajach zapalenia jest

kwaśny. Cieplota jamy ustnej jest podniesiona, dochodzi do 39⁰, a zawsze powyżej 37,5⁰, również podniesiona jest i ciepłota wewnętrzna. Objawy ogólne: przygnębienie ogólne, osłabienie i t. p. są u dzieci mniej wyraźne, niż u dorosłych. To też w większości przypadków nie stan ogólny, a zmiany miejscowe zwracają uwagę na siebie.

W każdym jednak prawie przypadku spostrzegamy wstręt do jedzenia, co zależy raczej od utrudnionego żucia, niż od braku łaknienia. Przy leczeniu odpowiedniem choroba trwa krótko 8—10 dni, pozostawiona sama sobie do 6 tygodni, zawsze jednak kończy się wyzdrowieniem.

Rozpoznanie nie napotyka zazwyczaj na większe trudności, wykluczyć jednak należy błonicę, zgorzel jamy ustnej, owrzodzenia zwykłe, zapalenie pryszczykowe i liszajowe, liszajca wreszcie, jest to wogóle rzeczą łatwą. *Błonica* nie wywołuje owrzodzeń, natomiast cechuje się błonami rzekomemi, przytwierdzonemi do śluzówki, odnawiającemi się po usunięciu; *zgorzel* drąży głęboko, niszcząc policzek na całej grubości, dochodząc do kości i powodując wydzielanie swoistego zapachu, *owrzodzenie zwykłe* pochodzenia zębowego i urazowego nie jest pokryte rozpadem, zazwyczaj występuje pojedyńczo i pozwala na wykrycie przyczyny, *zapalenie pryszczykowe* wywołuje małe okrągłe nieliczne owrzodzenia, umiejscowione głównie na języku, wargach, podniebieniu, *liszaj* tworzy grupy pęchrzekowe, w *liszajcu* zdarzają się coprawda i obszerniejsze owrzodzenia, są jednak powierzchowne i mniej cuchną, niż w zapaleniu owrzadzająco-błoniastem.

Leczenie polega na podawaniu chloranu potasu do wewnątrz i płukania, dzieciom dawać jednak można tylko po 2 gr. w syropie gumowym na dobę. Często wystarcza pęzlowanie owrzodzeń 5⁰/₀ roztworem chloranu potasu w wodzie, lub z 10⁰/₀ gliceryną. przypadkach uporczywych pęzlować jodyną samą lub na połowę z gliceryną, według Ba-

ginsky'ego działa również dobrze pęzlowanie 1 : 15 kali hypermarganici. Znając zaraźliwość choroby, należy chorych oddzielać aż do wyzdrowienia t. j. przez 8—10 dni.

3. *Zapalenie pryszczykowe jamy ustnej.*

Zapalenie pryszczykowe jamy ustnej dawniej nie dość ściśle wyodrębniano od innych zapaleń. Posiada ono jednak cechy sobie tylko właściwe: pęcherzyki przejściowe, które wkrótce pękają i pozostawiają owrzodzenia okrągłe rozsiane (5—20) na wewnętrznej powierzchni warg, języku, dziąsłach i podniebieniu. Średnica owrzodzeń 2—3 mm., zbliżają się one bardzo do pęcherzyków ospy wietrznej i co do wymiarów stoją pośrodku między liszajem a wyżej opisanemi owrzodzeniami. Śluzówka jest zaczerwieniona i obrzmiała na mniejszej lub większej przestrzeni, ilość śliny powiększona, żucie bolesne. Język prawie zawsze obłożony, zdarza się niekiedy gorączka i biegunka. Dzieci są zazwyczaj podniecone, wzdragają się brać pierś lub też wypuszczają ją zaraz po uchwyceniu, sen przerywany.

Zapalenie pryszczykowe u dzieci drobnych jest chorobą łagodną samo przez się przechodzi, prędzej oczywiście przy leczeniu właściwem. Przypuszczano związek między tem zapaleniem a chorobą racic i pyska u bydła. Dawid (Arch. de méd. 1887) poświęcił sprawie tej pracę oddzielną, słusznie jednak możnaby mu zarzucić, że obraz obu tych chorób jest odmienny. U krów np. prócz pęcherzyków na śluzówce paszczy występuje wysypka na nogach i racicach, tego objawu ostatniego u dzieci brak, u zwierząt choroba ma przebieg ciężki, u dzieci łagodny. Leczenie polega na pęzlowaniu środkami ściągającymi lub alkalicznymi (chloran potasu, boraks 1 : 10), przyżeganiu kilkakrotnem siarczanem miedzi, przemywaniu środkami przeciwgnilnymi (3—6 kwas borny). Wirtz w przypadkach cięższych stosował przemywania 20 % roz-

tworem salicylanu sodu. Zapobieganie polega na podawaniu mleka przegotowanego i wzbronieniu sprzedaży mleka krów chorych. Przed kilku laty opisywano we Włoszech (Fede, Kongres w Rzymie 1894) rodzaj zapalenia podjęzykowego, pryszczykowatego u charłacznych (Cardarelli), zależnego od podrażnienia u zębów siecznych i podobnego do owrzodzeń w zaniku; sprawa ta otwiera wrota zakażeniom skórnym.

4. *Zapalenie liszajowe.*

Zapalenie liszajowe jamy ustnej zdarza się często u dzieci. Owrzodzenia ograniczyć się mogą do śluzówki jamy ustnej lub też występuje jednocześnie liszaj na wargach, sprawy te często biorą za zapalenie pryszczykowe. Odczyn zapalny (zaczerwienienie, obrzmienie, ślinotok, żucie utrudnione) tak jak w innych zapaleniach, ugrupowanie tylko i ilość wysypki jest odmienna. Mianowicie na języku, podniebieniu, policzkach i wargach znajdujemy przejściowe pęcherze, po których pozostają nadżerki okrągłe, punkcikowate ugrupowane po 7—20, przy zbliżeniu znacznem pojedyncze pęcherze zlewają się z sobą tworząc obszerne, nieprawidłowe z dnem żółtawem owrzodzenia. Zdarza się to często na języku, ale współcześnie znajdziemy na wargach pęcherzyki i nadżerki typowe. Choroba najczęściej zdarza się u dzieci małych. Odczyn zwykle bywa żywy z gorączką, brakiem łaknienia, wymiotami, biegunką. Choroba trwa krótko 7—8 dni. Leczenie: płukanie z chloranu potasu.

5. *Zapalenie liszajowe.*

W jamie ustnej dzieci może umiejscawiać się liszajec zaraźliwy ostry. Z zewnętrznej przestrzeni warg pryszcze przejść mogą na skórę wewnętrzną i jamę ustną. Sprawę tę opisał Bergeron, osobiście stwierdziłem przejście

liszajca na język i dziąsła. Owrzodzenia w tym razie są obszerne, nieprawidłowe, powierzchowne, żółtawe; gruczoły podszczękowe są obrzmiałe. Zazwyczaj owrzodzenia są rozsiane i nie liczne, nigdy nie zlewają się z sobą i nie grupują się jak w liszaju, są za to większe, niż w zapaleniu pryszczykowem i ospie wietrznej i bardziej powierzchowne, niż w zapaleniu owrządzająco-błoniastem.

Rozpoznanie nie jest jednak łatwe, o ile współcześnie nie znajdziemy liszajca na twarzy lub wargach. Spostrzegałem pryszcze, siedzące jakby konno na wolnym brzegu warg, w połowie siedzącej na śluzówce było owrzodzenie, część, leżąca na skórze, była pokryta strupem.

Sprawa jest bezwątpienia zakaźną, ustępuje przy płukaniu płynem Van Swieten'a.

Sevèstre i Gaston badali sprawę pod względem bakteryologicznym w celu odróżnienia od błonicy.

Przyznam się jednak, że nigdy nie miałem pod tym względem żadnych wątpliwości, tak alece różnią się obie te sprawy od siebie. Bądź co bądź autorzy ci znajdywali gronkowca żółtego jak zwykle w liszajcu. Fränkel, Netter i in. twierdzą, że gronkowiec może wywoływać na podniebieniu miękiem i w gardzieli naloty dyfterytyczne o łagodniejszym jednak przebiegu.

F. **Zgorzel jamy ustnej**. Rak wodny.

Rak wodny dziś już należy do rzadkości, dawniej jednak srożył się bardzo jako cierpienie wtórne na podłożu, wyczerpanem przez choroby uprzednie.

Przyczyny. Zapalenie zgorzelinowe jamy ustnej zdarza się głównie w szpitalach skutkiem znacznego skupienia, nieczystości, nędzy i innych przyczyn osłabiających, które dawniej panowały w przytułkach dla dzieci. W praktyce prywatnej zdarza się wyjątkowo.

Rak wodny nigdy nie występuje pierwotnie, ale zawsze poprzedza go choroba ciężka: odra, dur brzuszny,

płonica etc., z których szczególniej usposabia do tej choroby odra. Sprawa może szerzyć się na gardziel, płuca, srom i t. p., niewątpliwie zależy od drobnoustrojów, ale dotąd drobnoustrój swoisty nie został wykryty. Schimmelbusch (z Kolonii) w ogniskach zgorzelinowych u dziewczynki po durze znalazł laseczniki z zaokrąglonymi końcami, które dawały się hodować, ale szczepienie dało wyniki ujemne. Babès, Zambilovici i Guizetti opisują cienkiego lasecznika, który dawał się hodować i szczepić.

Anatomja patologiczna. Znajdujemy zazwyczaj gruby i obszerny strup zgorzelinowy na policzku, który szerzy się niekiedy na gardziel i zuchwę, często obnażone zupełnie. Po wydaleniu strupa tworzy się olbrzymi brak, powodujący zniekształcenie; nim to nastąpi, okolice strupa są nacieczone surowicą i b. c. krwi; naczynia krwionośne są zatkane, nie tylko w samem ognisku, ale i w najbliższem jego sąsiedztwie, ściany naczyń zgrubiałe, światło wypełnione skrzepami. W płucach prawie zawsze znajdujemy zapalenie zrazikowe, a często zgorzel. Zgorzel zazwyczaj rozpoczyna się od śluzówki jamy ustnej idzie z wewnątrz ku zewnątrz; zatkanie naczyń nie jest przyczyną, ale następstwem zgorzeli.

Objawy. Ku końcowi duru, krztuśca, płonicy lub silnej odry z wyniszczeniem ustroju, na wewnętrznej stronie policzka tworzy się plama zgorzelinowa. Naokoło tej plamy tkanki są twarde i nacieczone, granice ogniska nie są jednak ostre, ale zlewają się z obrzękiem otaczającym i stopniowo przechodzą w tkankę zdrową. Skarg ze strony dziecka nie słyszymy, choroba szerzy się podstępnie, w ciągu dni kilku tworząc obszerne owrzodzenie zgorzelinowe. Zdarza się, że sprawa rozpoczyna się na wardze lub nawet dziąśle i wtedy w początkach jest podobna do zapalenia owrzadzająco-błoniastego, od którego jednak różni się wkrótce nacieczeniem tkanek okalających i rozpadem zgorzelinowym. Zęby wypadają wraz z rozpadem zgorzelinowym, również w ten

sam sposób nazewnątrz wydalają się odszczepy. Ślinotok jest przy tem obfity, cuchnący, ślina wypływa z jamy ustnej. W początku ślina jest przezroczysta, później bezwonna i czarna, jednocześnie wydech jest cuchnący, swoisty, wstrętniejszej woni, niż w zapaleniu owrzadzającem, dzięki czemu można już zdaleka postawić rozpoznanie właściwe.

Powierzchnia skóry na policzku może niekiedy zaczernieć i ulcdz zgorzeli, tworząc najpierw wygórowanie, pokryte pęcherzami. Naokoło strupa tworzy się szarawe pasmo, które ekscentrycznie przechodzi na tkanki obrzękłe, tu właśnie następuje oddzielenie strupa z utratą tkanki na znacznej przestrzeni, poczem może nastąpić zabliźnienie. Objawy ogólne są ciężkie: twarz blada, smutna, tętno częste, gorączka umiarkowana, skóra sucha, łaknienie znaczne, pragnienie silne, stała biegunka, zależna od połykania płynu posokowatego z jamy ustnej. Choroba zwykle kończy się śmiercią skutkiem wyniszczenia i samozatrucia ustroju, na 7—8 dzień lub po 15—21 dniach, wcześniej przy powikłaniach ze strony płuc.

W $^1/_4$ części spostrzeżeń notowano wyzdrowienie, które tem staje się prawdopodobniejszem, im bardziej ograniczoną przestrzeń zajęła zgorzel, im dziecko jest silniejsze i im wcześniej podjęto leczenie energiczne. Prawie nigdy natomiast nie zdarza się wyzdrowienie zupełne, pozostają jako następstwa przetoki, zniszczenie tkanek na wielkiej przestrzeni, blizny zniekształcające, zgorzel szczęk, wypadanie zębów. To też rokowanie jest wogóle złe.

Rozpoznanie. Od zapalenia owrzadzająco-błoniastego różni się rak wodny wyglądem owrzodzenia pierwotnego, obrzmieniem wtórnem policzka, zgorzelą na skórze, ślinotokiem i oddechem cuchnącym, wreszcie dążnością do zniszczenia policzków.

Do wąglika zbliża się pod względem ciężkości objawów ogólnych i miejscowych oraz dążności do drąże-

nia wgłąb, różni się natomiast od niego tem, że rozpoczyna się od wewnątrz i idzie ku zewnątrz, oraz przyczynami wywołującemi.

Leczenie. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że przez stosowne postędowanie hygieniczne można uprzedzić chorobę. W tym celu dzieci należy trzymać czysto, dobrze żywić, szczególniej w czasie chorób ostrych, w durze nawet podawać należy mleko, rosoły, zupy, wyskok, wyciąg z chiny. Obok tego jamę ustną utrzymywać w stanie aseptycznym zapomocą płukań. Skoro choroba już się rozwinie, części zdrowe zasłaniać należy przez przypalenie termo lub galwanokauterem. Obok przypalań stosować należy środki przeciwgnilne: płyn Van Swieten'a, nadmanganian potasu $1^{0}/_{0}$, zalecając jednocześnie odżywianie wzmożone. Weil (Lyon Soc. de méd. 1897) radzi dokonywać obszernych przypalań, robi on naprzód szerokie nacięcia, które następnie przypala. Pokój chorego musi być dobrze przewietrzany, obszerny utrzymywany przy c. 17—18° C., chorych oddzielać ściśle należy.

G. Język olbrzymi.

Skoro język dosięgnie takich rozmiarów, że wypełni całą jamę ustną i wystaje na zewnątrz, mówimy wtedy o języku olbrzymim (macroglossia). Stan ten może być wrodzony lub nabyty. W każdym razie należy do rzadkich, a jeżeli wykluczyć obrzęk śluzowy, do wyjątkowych. Ściśle badając przypadki odnośne dochodzi do wniosku, że przerost istotny na języku zdarza się tak samo, jak i przerost kończyn i innych części ciała. Najczęściej mamy do czynienia ze zmianami w tkance łącznej (stwardnienie przerostowe, zapalenie języka) lub w naczyniach (zapalenie naczyń chłonnych, guzy prężne), jest to wtedy rodzaj słoniowacizny języka. Przy badaniu mikroskopowem znajdujemy zgrubienie i zrogowacenie

nabłonka, powiększenie brodawek, usianych jamkami (vacuola), wypełnionemi b. c. krwi, tkanka podśluzówkowa poprzecinana pasmami łącznotkankowemi i zawiera obszerne pni chłonne. Włókna mięsne rozdzielone, rozpulchnione i jakby zepchnięte na plan drugi skutkiem bujania tkanki łącznej i chłonnej. W dalej posuniętej sprawie może wytworzyć się chłoniak jamisty i torbiele. Jednocześnie z tą sprawą opisywano żabkę wrodzoną, torbiele surowicze szyi i t. p. U noworodków język olbrzymi może nie być rozpoznany, przy zbadaniu jednak zawsze widzimy nadmierne powiększenie narządu, przeszkadzające ssaniu.

Powoli język rośnie, usta są napół otwarte i wkrótce język wystaje na zewnątrz skutkiem czego pod wpływem powietrza schnie, i ulega zapaleniu powierzchownemu. Początkowo język może się pomieścić w jamie ustnej, później nie udaje się go wepchnąć, schnie więc i czernieje. Zęby, o ile są, wywierają wpływ fatalny, pod wpływem ucisku bowiem tworzą się owrzodzenia i szczeliny na powierzchni dolnej, wędzidełko leży między 2-ma siecznymi i nie ulega zmianom. Skutkiem ciężaru języka zęby sieczne dolne ulegają wykrzywieniu, jama ustna nie może się zamknąć, niekiedy następuje zwichnięcie żuchwy. Połykanie, żucie, mowa i oddech są utrudnione. Objawy powyższe na tyle są znamienne, że rozpoznanie jest łatwe, w każdym jednak razie należy rozpoznać i przyczynę choroby (przerost wrodzony, zapalenie przerostowe). Choroba dla życia nie jest niebezpieczną, acz może wywołać śmierć z wycieńczenia lub uduszenia, niekiedy karmienie piersią jest niemożliwe, uciec się wtedy należy do karmienia dziecka łyżeczką.

W daleko posuniętej sprawie jedynym środkiem jest zabieg chirurgiczny. Po wypróbowaniu ucisku, ignipunktury, podwiązaniu tętnic językowych uciec się należy do obcięcia. Mogą zdarzyć się nawroty, ale powtórny

zabieg zazwyczaj osiąga cel. W języku olbrzymim naczyniakowym wrodzonym (de Molènes Soc. méd.-chir. 1898) nastąpiło wyzdrowienie samoistne w ciągu kilku miesięcy, spieszyć więc z zabiegami nie należy.

H. Żabka.

Pod nazwą żabki opisujemy torbiele ślinowe dna jamy ustnej. Najczęściej spotykamy żabkę podjęzykową, cechującą się guzem po obu bokach wędzidełka, które w tym raze tworzy jakby szparę. Guz jest jajowaty os większa idzie równolegle do żuchwy, pokryty cienką śluzówką z grubemi żyłami i zawartością żółtawo-cytrynową; guz chełbocze, jest bezbolesny i przeszkadza tylko dzięki swym wymiarom, które dochodzić mogą do jaja kurzego, mowie, ssaniu, połykaniu i nawet oddechaniu. Zawartość guza jest przezroczysta, ciągnie się w nić, zawiera białko. Niekiedy w okolicy nadgnykowej wyczuwamy guz, będący w związku z powyższym. Zwykle przewód Wharton'a, idący z przodu ku tyłowi jest drożny, żabka więc nie zależy od zatkania przewodu i następczego rozszerzenia, ale jest nowotworem torbielą. Sprawa umiejscawia się głównie w gruczołach podjęzykowych, ale może zająć i podszczękowe, gruczoł Blandin'a, w pierwszym wypadku mamy guz nadgnykowy, w drugim żabkę końca języka.

Przekłucie i nacięcie nie zabezpiecza od nawrotów, zastrzykiwanie środków drażniących jest groźne. Najlepiej usunąć i wyłuszczyć całą torbiel.

I. Zapalenie przyusznicy.

Rozróżniamy ostre, podostre i przewlekłe zapalenie przyusznicy, zwykłem zejściem pierwszego jest zropienie, w pozostałych do ropienia nie dochodzi.

Przyczyny. Zapalenie przyusznicy może być wywołane przez uraz, ranę policzka lub jamy ustnej. St. Infield podaje przypadek odnośny u 3-letniego dziecka (Brit. med. Jour. 1898), które wbiło sobie laskę w policzek skutkiem upadku; po kilkudniowej gorączce dziecko wyzdrowiało. Zazwyczaj jednak zapalenie idzie wstępująco, z przewodu Stenon'a i jamy ustnej. U 3-letniego dziecka stwierdziłem ropne zapalenie przyusznicy, którego przyczyną mogło być jedynie nieczyste utrzymanie jamy ustnej. W ropie znajdujemy zwykł. gronkowca ropotwórczego (Claisse), niekiedy dwoinkę zapalenia płuc (Ménétrier).

Najczęściej zapalenie przyusznicy jest chorobą wtórną w przebiegu chorób zakaźnych, u dzieci spostrzegałem je w durze brzusznym, zapaleniu płuc, wyrostka robaczkowego. Sprawa ta nie powstaje skutkiem przerzutów na drodze krwionośnej, ale skutkiem zakażenia wstępującego z jamy ustnej. Zdarza się to i w innych chorobach zakaźnych: cholerze, płonicy, odrze, ospie, róży, błonicy, zimnicy, czerwonce, zapaleniu opon mózgordzeniowych.

Oprócz zapaleń wtórnych przyusznicy w przebiegu chorób zakaźnych, spotykamy tę sprawę w stopniu słabszym w zatruciach ołowiem, rtęcią, jodkiem potasu, nigdy jednak w tych razach nie dochodzi do ropienia.

Anatomia patologiczna. Przypuszczano dawniej, że zapalenie przyusznicy jest sprawą śródmiąższową, tymczasem dziś nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia ze sprawą miąższową, z zapaleniem przewodów i zrazików, sprawa więc idzie z wewnątrz i przejść może na tkankę otaczającą, ale nie odwrotnie. Komórki zrazików ulegają zwyrodnieniu ziarnistemu, wewnątrz zbierają się b. c. krwi, występuje jednocześnie nacieczenie beleczek łącznotkankowych, tworzy się ropa, dążąca w różnych kierunkach: w kierunku skóry, unosząc skórę tuż przed i nieco poniżej muszli usznej lub do przewodu usznego

zewnętrznego, wreszcie do jamy ustnej, gardzieli, a nawet przełyku. W sprawę ropną mogą być wciągnięte narządy sąsiednie: mózg, ucho środkowe, śródpiersie i t. p. W naczyniach powstać mogą zakrzepy (z. licowej, jarzmowej wewnętrznej, zatoki jamistej, spoinowej środkowej) skutkiem zaś uszkodzenia nerwów porażenia n. licowego. Wreszcie może nastąpić zejście w zgorzel.

Objawy. Zazwyczaj u dzieci zapalenie przyusznicy kończy się bez ropienia. Stwierdzić można silne obrzmienie okolicy przyusznej, twardość, czerwoność i podniesienie ciepłoty miejscowej, w okolicy zaś najbliższej obrzęk, rozszerzający się na policzki, uszy, powieki. Zdaleka zdawałoby się, że mamy do czynienia z różą, bliższe jednak zbadanie rozstrzyga kwestyę. Guz w okolicy przyusznej równocześnie z bólami rośnie, utrudniając żucie i wywołując szczękościsk Ciepłota ogólna podnosi się, język obłożony, z ust czuć odór przykry. Skutkiem ucisku na żyły często występuje obrzęk całej połowy twarzy, tworząc ze stroną zdrową (sprawa rzadko bywa obustronna) kontrast wybitny. Po zropieniu niekiedy powstaje przetoka śluzowa, ale wogóle sprawa u dzieci, jak nadmieniliśmy, przebiega łagodnie, nawet gdy jest ostra. Zapalenie przewlekłe z zatrucia zawsze jest łagodne.

Rozpoznanie. Od świnki odróżniamy zapalenie przyusznicy dzięki występowaniu po jednej stronie, zejściu w ropienie i czasowi trwania, nadmienić jednak należy, że świnka niekiedy bywa jednostronną i może się zakończyć ropieniem. Zapalenie gruczołów chłonnych okołousznych nie umiejscawia się w okolicy przyusznicy, a przy badaniu uważnem z łatwością wyczuć można pojedyńcze gruczoły chłonne. Również nie umiejscawia się tu i zapalenie ozębnej, zresztą bezpośrednie badanie jamy ustnej zawsze rozstrzygnie kwestyę. Róża twarzy daje objawy swoiste (wał, czerwoność rozlana, przekrwienie gruczołów chłonnych). Zapalenia przewlekłe z za-

trucia mają swą przyczynę swoistą, dzięki której z łatwością mogą być rozpoznane.

Leczenie. Z otwarciem ropnia spieszyć nie należy, ale czekać aż dojrzeje zupełnie ze względu na liczne nerwy i naczynia, zebrane w tej okolicy; cięcie robimy w miejscu najwyraźniej chełboczącem i wystającem; jeżeli ropa nie wycieka zaraz, rozszerzamy otwór zgłębnikiem główczastym; po usunięciu ropy założyć trzeba sączek.

O ile nie ma ropienia, można stosować szaruchę z belladoną. Dla zapobiegania chorobie należy w przebiegu chorób ostrych utrzymywać jamę ustną za pomocą przemywań w czystości. To samo dotyczy świnki, która kończy się ropieniem tylko skutkiem zakażeń wtórnych z jamy ustnej.

J. **Ropówka głęboka szyi** (angina Loudovigi).

Nazwą tą oznaczamy zapalenie torebki surowiczej Fleischman'a, które zdarza się częściej u dorosłych, niż u dzieci, ale spotykano je nawet u noworodków (3 przyp. Cocar'a). Jest to ropówka dna jamy ustnej; rośnie szybko, unosi wędzidełko języka, spycha język ku tyłowi, utrudnia ssanie, mowę i połykanie. W szparze języko-dziąsłowej wyczuwamy guz twardy, bolesny po jednej lub obu stronach. Jednocześnie guz wystaje w okolicy nadgnykowej, a skóra nad nim jest zaczerwieniona i obrzmiała; gorączka silna, brak łaknienia i ciężki wogóle stan ogólny.

Zaraz po zropieniu należy dokonać cięcia przez jamę ustną i ropień opróżnić, poczem przemywać często wodą przegotowaną z kwasem bornym.

K. **Zapalenie ślinianek podżuchwowych.**

Skutkiem zakażenia z jamy ustnej występuje nietylko zapalenie przyusznicy, ale i ślinianek podżuchwo-

wych. Budin spostrzegał to w 2 przypadkach u noworodków, ale i u dzieci starszych choroba zdarzyć się może; Froussard np. i Savariaud spostrzegali je u 8 letniej dziewczynki w przebiegu duru brzusznego.

Zakażenie następuje przez przewód Wharton'a, stąd zapalenie przechodzi na zraziki, przewody ich są wypełnione b. c. krwi, nabłonkiem złuszczonym i drobnoustrojami. W tkance śródmiąższowej również występuje ropienie.

W okolicy podżuchwowej wyczuwamy guzik wielkości orzecha lub migdała, twardy i okrągły, sprawa może wystąpić po jednej lub obu stronach. Przy ucisku przez przewód Wharton'a wypływa kropla ropy. Później tworzy się ropówka, unosząca dno jamy ustnej i utrudniająca żucie i połykanie w stopniu słabszym, niż w ropówce głębokiej, guz jednak pod żuchwą jest większy, niż w tej ostatniej. W ropie, wypływającej z przewodu Wharton'a, znajdujemy gronkowce i paciorkowce.

Objawy ogólne są zmienne, sprawie może towarzyszyć gorączka, szybki zanik, objawy zakażenia ogólnego; u dzieci wyniszczonych odczynu brak.

Rozpoznanie postawić można przez wykluczenie. Rokowanie jest złe, głównie skutkiem osłabienia dzieci.

Zapobieganie polega na utrzymywaniu w czystości jamy ustnej noworodków oraz brodawki karmicielki.

Leczenie według Budin'a polega na wyciskaniu gruczołu co 2 godziny przed karmieniem, skoro wytworzy się ropówka — zabieg chirurgiczny.

ROZDZIAŁ II.

Choroby gardzieli.

A. Zapalenie liszajowe gardzieli.

Nie będę zbyt szeroko opisywać tej sprawy, rozpatrzonej już z powodu gorączki liszajowej w T. I, gdyż zapalenie liszajowe gardzieli jest tylko umiejscowieniem sprawy ogólnej. Raptem występuje gorączka, rozbicie ogólne, ból głowy, poczem chory uskarża się na ból gardła i utrudnione połykanie.

Przy badaniu znajdujemy rozlane zaczerwienienie łuków, migdałów i gardzieli, migdały nadto są powiększone i częściowo pokryte nalotem białym; rzadziej znajdujemy pęcherzyki okrągłe opalizujące, częściej zaś złogi białawe, rozsiane, okrągłe, powstałe z pęcherzyków i pozostałych po nich owrzodzeń. Złogi te niekiedy są tak grube, że dzięki złuszczeniu zapalnemu nabłonka stają się podobne do błony rzekomej. Obecność pęcherzyków oddzielnych na języku i wargach świadczy o istocie cierpienia. Choroba ustępuje po kilku dniach, a jednocześnie znikają objawy ogólne. Rozpoznanie różniczkowe rozpatrzyłem w błonicy (T. I), zaznaczę tu tylko, że w chorobie tej l. Loefler'a nie znajdujemy, natomiast znajdujemy gronkowce, paciorkowce i dwoinki zapalenia płuc, które mogą tworzyć błony rzekome na migdałach (Comby Brit. med. Ass. 1895, Méd. inf. 1895).

Leczenie miejscowe polega na płukaniach (naftol-camphora), przysypce kw. bornym (4%). W celu usunięcia objawów ogólnych należy podać środek wymiotny lub czyszczący oraz siarczan chininy po 0,2—0,4; dyeta mleczna. Wogóle zapalenie liszajowe należy do rzędu chorób

łagodnych, choć początek jej jest o wiele gwałtowniejszy, niż błonicy.

B. Nieżyt gardzieli.

Nie mam zamiaru mówić tu o nieżycie gardzieli w przebiegu chorób zakaźnych (płonicy, duru, grypy), ale o nieżycie pierwotnym, który przebiega bądź jako zwykły nieżyt z przeziębienia, bądź też jako choroba zakaźna ogólna z objawami ze strony narządów wewnętrznych, (zapalenie nerek, wsierdzia).

Raptem występuje u dziecka gorączka, brak łaknienia, ból gardła, a wtargnięcie to niczem się nie różni od innych chorób zakaźnych. W gardzieli znajdujemy zaczerwienienie rozsiane z pasmami śluzoropnemi na tylnej ścianie gardzieli, migdały są gładkie i czerwone lub też pokryte złogami nabłonka i drobnoustrojów, które nie zrastają się ze śluzówką, ale oddzielają się z łatwością; gruczoły u kąta żuchwy są niekiedy powiększone bez udziału otaczającej je tkanki łącznej. Rzadziej, ale zdarza się, i zropienie gruczołów.

Mocz ciemny, skąpy zawiera dużo moczanów, niekiedy białko. Bouchard w moczu tych chorych znajdywał drobnoustroje, co wskazuje, że t. z. nieżyt gardzieli może być chorobą ogólną zakaźną, gorączka w tych razach jest wysoka, występują wymioty, podniecenie ogólne, bredzenie; choroba może zakończyć się śmiercią, a w każdym razie okres zdrowienia trwa długo.

Veillon (Thèse de Paris 1894) w nieżycie gardzieli znalazł grankowca złośliwego. Wobec tego należy być ostrożnym, chorego nie wypuszczać z pokoju, unikać przeziębienia, robić płukania przeciwgnilne. Wskazane są również jak w postaci poprzedniej środki wymiotne i czyszczące.

Choroba trwa krótko 5—6 dni, rokowanie z wyjątkiem nielicznych przypadków— dobre, ale zawsze pamię-

tać należy o możliwości wystąpienia zapalenia nerek, wsierdzia i ropówki gardzieli.

C. Ropówka gardzieli.

Postać ta może być zejściem nieżytu gardzieli. Na migdałach, zawsze wilgotnych, często pokrytych nadżerkami osadzają się drobnoustroje, które mogą wdrążyć się wgłąb, gdzie znajdują obfitą sieć chłonną, stąd też ropnie migdałów i około migdałów zdarzają się często.

Odczyn miejscowy jest wtedy żywy, migdał powiększony, wystaje ku przodowi wypychając łuk odnośny, tkanki otaczające obrzękłe, sine. Ból silny, połykanie utrudnione. Około 7—8 dnia pokazuje się ropa, która wydostaje się nazewnątrz. Za pomocą noża można przyśpieszyć opróżnienie ropnia.

Opisywano odmiany rzadsze. Katz (Progr. méd. 1900) spostrzegał ropień na końcu języczka u 5-miesięcznego niemowlęcia z obrzmieniem, zaczerwienieniem i wydłużeniem języczka, skutkiem czego dziecko nie mogło połykać i odrywało się od piersi; obok tego wystąpiła gorączka, drgawki i napady duszności; po otwarciu ropnia wielkości orzecha objawy ustąpiły.

W innym przypadku (8 letni chłopiec) ropień umiejscowił się między nasadą języka a nagłośnią, zajmując połowę przestrzeni języko-nagłośniowej. Sprawa rozpoczęła się po odrze, wywołując napady duszności i zakończyła się wyzdrowieniem po opróżnieniu ropnia.

D. Ropień pozagardzielowy.

Ropień pozagardzielowy zdarza się dość często u dzieci małych i jest trudny do rozpoznania. Pozostawiając na boku ropnie zimne objawowe (gruźlica kręgów), należy zaznaczyć, że ropnie pozagardzielowe występują samoistnie bez żadnej widocznej przyczyny. W każdym

razie dzieci źle odżywiane i karmione sztucznie częściej ulegają chorobie. Powstawanie jej przypisać należy zropnieniu gruczołów chłonnych, które zależy od uszkodzeń śluzówki gardzieli w przebiegu chorób ostrych (płonica, odra) lub nawet nieżytu zwykłego. Ropień bywa ograniczony, mały lub też rozlany i rozległy, umiejscawiać się może w części górnej, środkowej i dolnej, najczęściej zaś w środkowej, stąd też jest widoczny przy otwarciu jamy ustnej i naciśnięciu nasady języka. Pozostawiony samemu sobie ropień nie zawsze pęka, ale niekiedy opuszcza się niżej aż do śródpiersia.

Początek choroby zwykle jest niewyraźny i niekiedy dopiero napad duszności jest pierwszym jej objawem. Zazwyczaj jednak przed tem występują objawy nieżytu gardzieli, sztywność szyi i utrudnienie połykania. Dziecko chciwie ssie pierś, ale pokarm wraca wnet przez nos. Oddechanie utrudnione, o ile ropień nie jest umiejscowiony wysoko, wdechowi towarzyszy świst, jak w dławcu, głos nosowy, ochrypły, niekiedy bezgłos lub głos piskliwy jak u kaczki; napady duszności występują głównie w czasie badania oraz przy połykaniu. W każdym razie jednak można oprzeć rozpoznanie tylko na oględzinach bezpośrednich. Po otwarciu jamy ustnej widzimy wypuklenie tylnej ściany gardzieli, zatykające nieraz zupełnie paszczę, a gdyby oświetlenie było złe lub ropień umiejscawiał się zbyt wysoko pomódz sobie można, badając gardziel palcem, wyczujemy wtedy guz chełboczący. W przypadkach ostrych prócz miejscowych mamy objawy ogólne: gorączka, osłabienie ogólne, bladość lub sinica twarzy, omdlenie. W przypadkach przewlekłych, które mogą trwać do 5 miesięcy objawów ogólnych brak.

Ropnie pozagardzielowe rzadko opróżniają się same, nadto mogą opróżniać się do tchawicy, do tętnicy, wywołując śmierć nagłą, wreszcie wywołać przez ucisk zaduszenie. Rozpoznanie jest rzeczą ważną, gdyż w przypadkach nierozpoznanych sprawa kończy się śmiercią.

To też ropień pozagardzielowy mieć zawsze należy w pamięci i gardziel badać u dzieci sumiennie, wtedy z łatwością odróżnimy ropień pozagardzielowy od obrzęku głośni i dławca.

Leczenie polega na spiesznem otwarciu ropnia. W tym celu nóż z ostrzem szerokiem obwijamy aż do połowy plastrem lepkim i wkłuwamy go głęboko w najbardziej wystają część ropnia. Po wyjęciu noża ropa natychmiast ścieka, opróżnianie ropnia ułatwiamy przez nachylanie głowy ku przodowi i na dół. Niektórzy radzą opróżnianie ropnia trakarem, aby uniknąć ściekania ropy do krtani, co zresztą zdarza się rzadko. Przy szybkiem opróżnieniu ropnia zejście rzadko bywa niepomyślne, wprost przeciwne niż przy leczeniu wyczekujacem. Variot 2 razy w ciągu roku spostrzegał śmierć nagłą po otwarciu ropnia, choć ropa nie dostała się do dróg oddechowych. Niektórzy chirurdzy (Phocas) przekładają otwarcie ropnia przez cięcie na szyi, Rochard jednak radzi uciekać się do tego sposobu w razach wyjątkowych, kiedy ropień wystaje na zewnątrz, zawsze zaś otwierać ropień w gardzieli.

E. Zapalenie zgorzelinowe gardzieli.

Zgorzel gardzieli zdarza się u dzieci niezmiernie rzadko, jest przytem chorobą wtórną w raku wodnym skutkiem rozszerzenia się sprawy na gardziel, niekiedy w przebiegu płonicy, nigdy po zwykłym nieży, cie. Zgorzel zmykle umiejscawia się na migdałach, które są owrzodzone, czarne, postrzępione, wydzielają odór nieznośny i posokę. Po oddzieleniu tkanki zmartwiałej pozostaje owrzodzenie głębokie, obszerne i nieregularne, pokryte ziarniną. Niekiedy zgorzel przechodzi na łuki i języczek. Odczyn miejscowy słaby, stan ogólny zły: bladość, niemoc, zejście często śmiertelne, wyzdrowienie

możliwe tylko w gorzeli ograniczonej; leczenie jak w raku wodnym.

F. Zapalenie przewlekłe gardzieli.

1. *Przerost migdałów.*

Ze względu na częstość występowania u dzieci przerost migdałów zasługuje na baczną uwagę. Jak wiadomo migdały składają się z torebek zamkniętych oraz tkanki łącznej i mieszczą się między łukami podniebienia miękiego; podobną tkankę znajdujemy u nasady języka, ścianie tylnej gardzieli, i jamie nosogardzielowej oraz naokoło wylotu trąbki Eustachiusza. W ten sposób cała gardziel jest usiana tkanką gruczołową,— torebkami pojedyńczemi. Mówiąc wogóle nieżyty przewlekłe gardzieli polegają właśnie na przeroście tej tkanki.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Opis dokładny przerostu migdałów zawdzięczamy. Cornil'owi (Soc. méd. des hôp. 1881). Na preparatach uderza nas przedewszystkiem znaczny przerost tkanki siatkowatej i łącznej międzytorebkowej i podśluzówkowej. Same torebki są okrągłe lub jajowate zwyraźnie zarysowanemi granicami jednakowej wielkości. Śluzówka skutkiem przerostu jest napięta i wypuklona, brak brodawek, dzięki czemu powierzchnia migdałów jest gładka i lśniąca. Podśluzówka zgrubiała, skutkiem przerostu beleczek łącznotkankowych. Stwardnienie śluzówki widzimy również i w kryptach; nabłonek śluzówki normalny. Przerost jest tak znaczny, że i dołki są zwężone, u dzieci nigdy nie tworzą się jak u dorosłych torbiele i jamy serowate. Tkanka łączna podśluzówki jest przerosła, jej pasma uciskają naczynia (sclerosis perivascularis), natomiast włókienka torebek nie ulegają zmianom. Komórki, zawarte w sieci włó-

kienkowe torebek zazwyczaj są ziarniste i zawierają kropelki tłuszczowe. Jednem słowem przerost migdałów zależy od przerostu tkanki łącznej torebek i bujania pasm łącznotkankowych, jest więc zapaleniem śródmiąższowem przewlekłem.

Przyczyny. Do przerostu migdałów są usposobione przedewszystkiem dzieci zołzowate, limfatyczne, obarczone dziedzicznie zołzami i gruźlicą, nie wyklucza to jednak możliwości wystąpienia przerostu u dzieci skądinąd zdrowych. Częste nieżyty migdałów uspasabiają do przerostu. Choroba jest niekiedy dziedziczną i może być jednym z objawów skazy moczanowej.

Objawy. Po otwarciu jamy ustnej u dzieci z przerostem widzimy prawie zupełne zamknięcie tylnej ściany jamy skutkiem przerostu obu migdałów, tworzących wtedy guzy dość wielkie, spychające języczek, usuwające łuki podniebienne. Powierzchnia guzów jest gładka, bladoróżowa, dołki migdałów zwężone, ledwo widoczne. Przez szparę między migdałami przegląda zaczerwieniona, nierówna, pokryta śluzem ściana gardzieli. Usta otwarte, szczególnie we śnie, chory jest blady, chudy, skąd też przerostowi migdałów przypisywano opóźniony rozwój oraz zwężenie klatki piersiowej (Dupuytren), co ja osobiście mogłem stwierdzić tylko skutkiem krzywicy.

Kaszel jest suchy, napadowy, stały, wywołany uczuciem suchości i drapania w gardle. Oprócz tego dzieci uskarżają się na połykanie utrudnione, zły słuch, niekiedy głuchotę. Głos ma odcień nosowy zw. migdałowym, oddech utrudniony, niekiedy zdarza się nawet duszność. Napady kaszlu szczególniej w nocy wywołać mogą nudności i wymioty.

Choroba ma przebieg przewlekły z nasileniami, zwiększającemi cierpienia oraz sam przerost. Aczkolwiek przerost sam przez się nie zagraża życiu, sprawia jednak dolegliwości wyraźne

Leczenie. Poza środkami ogólnymi (tran, pobyt nad morzem, kąpiele słone i siarczane) stosować należy miejscowo środki ściągające, pęzlowania jodem, wdmuchiwania siarki, są to jednak paliatywy. Przyżeganie galwanokauterem lub termokauterem po dłuższem stosowaniu może powstrzymać przerost migdałów; jednak przed zabiegiem starannie należy odkazić nos i jamę ustną, zdarza się bowiem (Caillé—Arch. of Ped. 1894) po wycięciu migdałów błonica.

2. *Zapalenie ziarniste gardzieli.*

Przerost—zapalenie przewlekłe tkanki gruczołowej wyściełającej tylną ścianę gardzieli zdarza się u dzieci bardzo często, natomiast zapalenie ziarniste, częste u dorosłych,—rzadko, acz w danej chwili spostrzegam właśnie dwa tego rodzaju przypadki.

Przyczyny. Niedokrewność, gruźlica, zołzy, usposobienie limfatyczne często towarzyszą zap. ziarnistemu gardzieli, nie zawsze jednak, gdyż ziarnistość częstokroć zdarza się w gardzieli u dzieci skądinąd zdrowych i silnych. Każde dziecko już jako takie jest usposobione do przerostu tkanki gruczołowej, to też na przerost migdałów, zapalenie gardzieli i wyrośla gruczołowe należałoby patrzeć jako na choroby rozwoju. U dorosłych ziarniste zap. gardzieli może być wywołane przez nadużycie tytoniu, wyskoku, nadmierne użycie mowy, u dzieci, oczywiście, brak tych przyczyn wywołujących, natomiast występują inne ze strony jam nosogardzielowej i nosowej (wyrośla, skrzywienie przegrody, przerost muszel, nieżyt przewlekły), gdyż napotykając przy oddechaniu na drodze przeszkodę w nosie powietrze idzie bezpośrednio przez jamę ustną i drażni gardziel. Drażniąco również działają wydzieliny z nosa, ściekając do gardzieli i wywołując nieżyt nosogardzielowy.

Objawy. Uwagę chorych zwraca palenie i suchość w gardle, nieznaczne utrudnienie połykania, kaszel suchy, częsty, napadowy, szczególniej w nocy i rano po obudzeniu. Łaknienie złe, pragnienie natomiast silne, wreszcie silna niedokrewność, niekiedy ze szmerem w naczyniach szyi, głos zmieniony, rozbity, ochrypły.

Przy badaniu znajdujemy obok przerostu migdałów (nie zawsze) obrzmienie tylnej ściany gardzieli, o powierzchni nierównej, pokryte śluzem; po usunięciu śluzu widzimy ziarna okrągłe na pół przezroczyste wielkości soczewicy, ułożone niekiedy seryami jakby rzędami. Dzięki temu, że między pojedyńczemi ziarnami mamy zdrową śluzówkę odróżnić je łatwo, a nawet zliczyć bez oświetlania stucznego, jest ich zwykle po 6 — 15, raz widziałem u 12 letniego chłopca tylko 1, ale zato wielkości połowy grochu.

Choroba jest przewlekłą, nieleczona ciągnie się latami, sama przez się nie jest chorobą ciężką, ale świadczy o usposobieniu limfatycznem. Rozpoznanie jest łatwe.

Leczenie. Miejscowo zalecam pęzlowanie tra jodi, kwasem mlecznym z gliceryną lub czystym, również dobrze działa przyżeganie lapisem i galwanokauterem. Niezależnie od tego należy leczyć nieżyt nosa (wkraplanie oliwy z mentolem (1%). Natryski z wód siarczanych mogą być stosowane stale. Obok leczenia miejscowego należy zalecać tran i wody mineralne arszenikalne i siarczane.

3. Wyrośla gruczołowe jamy nosogardzielowej.

Tkanka chłonna w jamie nosogardzielowej u dzieci często ulega przerostowi, znanemu p. n. wyrośli gruczołowych. Sprawa ta została opisaną przez Czermaka w 1860 r., Meyera (Kopenhaga 1873/4), Loeven-

berg'a (Paryż 1879), Chatellier'a (1886), Lubet-Barton'a (Gaz. des hôp. 1889), (u nas przez Sędziaka, Wróblewskiego, Dmochowskiego i in.)

Przyczyny. Wyrośla gruczołowe jamy nosogardzielowej przeważnie zdarzają się tylko u dzieci, u dorosłych zaś występują w stopniu bardzo słabym. Do czynników usposabiających zaliczyć wypada dziedziczność, usposobienie limfatyczne, odrę. Według Baline'a, najczęściej choroba zdarza się śród głuchoniemych i u osobników zwyrodniałych, prawdopodobnie rolę pewną odgrywa przymiot dziedziczny.

Anatomia patologiczna. Zmiany anatomiczne nie różnią się od opisanych powyżej przy przeroście migdałów, są to torebki mniej lub więcej przerosłe, oddzielone również przerosłą tkanką łączną. Obfite wyrośla zatykają jednocześnie tylne otwory jam nosowych, wyloty trąbek Eustachiusza, powodując szereg wyliczonych poniżej zaburzeń.

Objawy. Wyraz twarzy dziecka jest swoisty: usta otwarte, oczy wystają, twarz blada, oddech głośny, szczególniej podczas snu, zwykle niespokojnego i przerywanego widziadłami. Dziecko ma wyraz głuptaka. W czasie wdechu powietrze nie może przejść przez zatkane jamy nosowe, ale idzie przez jamę ustną, gdzie nie zdąrzy się ogrzać, ani oczyścić z pyłu, i, dostając się do gardzieli i podniebienia miękkiego, powoduje wysychanie i podrażnienie. Nocą oddech jest utrudniony w stopniu wyższym, niż w czasie dnia, często też występują objawy dławca rzekomego, to też Coupard (Revue de clin. et ther. 1887) uważa ten ostatni za objaw wegetacyi. Ani połykanie, ani węch nie są upośledzone, słuch natomiast—zawsze; zaczyna się od bólów w uszach i osłabienia słuchu, później rozwija się głuchota i wyciek z ucha. Głos zmieniony, głuchy — nie nosowy. Skutkiem złego utleniania krwi, dzieci są blade, niedokrewne i ulegają częstym i uporczywym nieżytom

oskrzeli. Jako następstwa wyrośli opisywano zmiany w kośćcu twarzy i klatki piersiowej: wysokołukowe podniebienie, spłaszczenie żeber i wąską klatkę piersiową. Dupuytren przypisuje to przerostowi migdałów.

Rozpoznanie. Powyższe objawy mogą dać pewne wskazówki co do rozpoznania, stwierdzamy zaś wyrośle przy badaniu za pomocą lusterka i dotyku. Podniebienie miękie będzie wtedy nieco wypuklone ku dołowi, nierówne, tylne zaś otwory nosowe zatkane wyroślami na krótszych lub dłuższych szypułach. Przy niemożności badania lusterkiem dokonywamy badania wskazicielem prawym, który wykrywa w jamie nosogardzielowej masę mięką, kruchą i krwawiącą.

Leczenie. Objawy powyżej wyliczone są tak poważne, że zmuszają lekarza do przedsięwzięcia zabiegów radykalnych. Do takich zabiegów zaliczamy: 1) wyrywanie palcem — zabieg robiony na ślepo i niedostateczny; 2) przyżeganie galwanokauterem, wymagające długotrwałych zabiegów i 3) usunięcie wyrośli za pomocą szczypczyków specyalnych po uprzedniem znieczuleniu chlorkiem etylu—zabieg najradykalniejszy. Obok tego leczenie ogólne: tran, kąpiele morskie, wody siarczane. Castex i Malherbe (Bull. méd. 1894) po doszczętnem usunięciu wyrośli widzieli znaczny rozwój klatki piersiowej.

4. *Polipy* (*ukleje*) *jamy nosogardzielowej.*

Polipy nosogardzielowe rozwijają się w części górnej gardzieli i mogą zatkać wszystkie znajdujące się w gardzieli otwory.

Przyczyny. Polipy najczęściej zdarzają się u młodzieży, częściej u chłopców, niż u dziewcząt; trudno rozstrzygnąć o ile częściej zdarzają się u dotkniętych wyroślami, zaznaczyć jednak wypada, że wyrośla są chorobą częstą, polipy — rzadką.

Anatomia patologiczna. Guz zwykle jest twardy, włókniakowy, na szypule, która siedzi najczęściej na stronie jamy nosogardzielowej w części środkowej i zrasta się z okostną kości klinowej i wyrostka podstawowego, rzadziej siedzi na ścianie bocznej. Guz rośnie ku tylnemu otworowi jamy ustnej i wypełnia całą jamę szczelnie; rosnąc dalej, daje wyrostki ku otworom nosowych i ku gardzieli, tworzą się więc 2 zrazy: nosowy i gardzielowy, ten ostatni spycha podniebienie miękkie, pierwszy zaś niszczy przez ucisk kości nosa i powiększa światło jam. Z jam nosowych polip dostać się może do zatoki szczękowej, klinowej, sitowej, może wywołać przedziurawienie czaszki, drążyć do oczodołu przez szparę klino-szczękową oraz do jamy skroniowej. Przy badaniu drobnowidzowem stwierdzić można, że guz jest włókniakiem, mięsakiem lub mieszanym, wreszcie może być silnie unaczynionym naczynio-włókniakiem.

Objawy. Po dłuższym lub krótszym okresie utajonym występuje ochrypnięcie, krwotoki z nosa, połykanie staje się utrudnionem, chorego męczą bóle głowy. Początkowo przypuszczamy zwykły nieżyt, powietrze przez nos nie przechodzi, smak i węch upośledzone, z nosa wyciek śluzoropny. Przy badaniu gardzieli znajdujemy zniekształcenie podniebienia miękkiego, a przy obmacywaniu guz twardy, krwawiący, nieruchomy; guz wystawać może i do jamy ustnej, a przy większym rozroście zniekształcać nawet twarz, wygładzając bruzdę nosowargową, powodować wypuklenie gałek ocznych, widzenie podwójne, łzotok oraz ślepotę skutkiem ucisku nerwów. Również może być upośledzony słuch, węch i smak.

Rokowanie jest ciężkie, a im osobnik jest młodszy, tem guz rośnie szybciej. Obok objawów uciskowych guz skutkiem ropienia i krwawienia tudzież zakażenia opon może się stać groźnym dla życia. Jeżeli zabieg nie usunie go doszczętnie — może odrastać.

Rozpoznanie. Tylko w początkach polip daje obraz zwykłego nieżytu nosa, później uporczywe bóle głowy, wyciek z nosa i badanie jam nosowych oraz gardzieli usuwają wszelkie watpliwości. W polipach śluzowych nosa brak polipa w gardzieli, polipy tylnej części jamy nosowej sterczą niekiedy do gardzieli, są jednak miększe, mniej czerwone i krwawiące, niż polipy włókniako-mięsakowe. Wyrośla od polipów odróżnić łatwo.

Leczenie. Zabieg chirurgiczny — doszczętne wycięcie guza; gorsze wyniki daje wycięcie przez jamę ustną. Dupuytren usuwał je przez jamę nosową, inni wycinali po usunięciu podniebienia (Nélaton), inni dokonywali rezekcyi szczęki. Zabieg jest trudny i połączony z utratą znaczną krwi.

ROZDZIAŁ III.

Choroby przełyku.

1. Zboczenia wrodzone.

Brak przełyku z zakończeniem ślepem gardzieli oraz brakiem wpustu w żołądku u 8 dniowego dziecka widział Mondière, to też dziecko zwracało pokarm natychmiast. Oprócz braku opisują przegrody przełykowe wyżej lub niżej położone zupełne i częściowe (płyny przechodzą). Zdarzyć się może również szczelina przełykowo-tchawicowa (Tarnier) łącząca przełyk z tchawicą. Opisywano przypadki, w których brakło części przełyku, przeistoczonego w sznur bez światła. Oczywiście zboczenia powyższe wykluczają możność istnienia: dzieci

umierają po 2 — 8 dniach. Za życia zwracają pokarm, miewają napady duszności, rzężenia tchawicowe etc. Zgłębnik nie przechodzi przez przełyk, niekiedy dostaje się do żołądka przez tchawicę. U niektórych dzieci prócz zboczeń powyższych znajdywano zarośnięcie odbytu, przetokę odbytnico-cewkową lub pęcherzową etc.

2. Zwężenie i rozszerzenie przełyku.

Zwężenie przełyku może być nabyte lub wrodzone, w obu razach bywa górne lub dolne.

Zwężenia wrodzone powstają skutkiem niedorozwoju. U zarodka przełyk jest sznurem bez światła, złożonym z komórek, skutkiem stopniowego zaniku komórek otwiera się światło, jeżeli sprawa ta ulegnie zaburzeniom, następuje brak zupełny lub częściowy, zarośnięcie, przegrody przełyku i t. p.

Zwężenie nabyte jest wynikiem zabliźnienia po połknięciu ciał obcych, oparzeniach, wysypce ospowej, wywołuje trudność połykania, szczególniej ciał stałych, zwracanie pokarmów i wymioty, a skutkiem tego wyniszczenie ogólne. Początkowo przechodzą płyny, później i one przestają przechodzić. Zaburzenia zachowane, znaczne wyniszczenie wywołuje w końcu obniżenie ciepłoty ciała.

Przy pomocy zgłębnika można dokładnie oznaczyć miejsce zwężenia, ale zaznaczyć trzeba, że współcześnie może być kilka przeszkód na przebiegu przełyku oraz że prócz zwężeń organicznych wystąpić może kurcz czynnościowy, który występuje pod wpływem środków przeciwkurczowych (belladona, bromki, makowiec). Zwężenie rozszerzyć można za pomocą zgłębników z oliwką, zwiększając numer tej ostatniej. Jeżeli zwężenie jest na tyle znaczne, że zgłębnik nie przechodzi, uciec się trzeba do oesophagotomia externa lub interna, wrzeszcie do gastrostomii.

Rozszerzenie przełyku może towarzyszyć zwężeniu lub powstać samoistnie, może być walcowate lub workowate. Często bywa wrodzone. Przełyk tworzy wtedy worek obszerny, gdzie zalegają pokarmy, które chory zwraca nieraz po kilku dniach. Przy uchyłku w górnej części przełyku można wyczuć zgrubienie na szyi. Leczenie jest trudne, w przypadku Nicoladoni'ego, który próbował wyciąć uchyłek, zabieg zakończył się śmiercią.

3. Zapalenie przełyku.

Zapalenie przełyku występuje pod najrozmaitszemi postaciami.

A. Zapalenie rumieniowe zdarza się w chorobach wysypkowych jako dalszy ciąg wysypki z jamy ustnej i gardzieli, wysypka może zejść aż do żołądka i kiszek, powodując wymioty, biegunkę i t. p. Postać ta występuje również w uwiądzie i nieżycie żołądka i kiszek u niemowląt. B. Zapalenie torebek. C. Zapalenie owrzadzające skutkiem ciał obcych, płynów żrących, oparzeń, użycia emetyku lub skutkiem ospy. D. Zapalenie ropne zbliżone do ropnia pozagardzielowego i ropówki żołądka skutkiem ciał obcych, gruźlicy, duru, pęknięcia ropnia. E. Zapalenie rzekomobłoniaste może przejść na przełyk, głównie na górną część. Objawy nie są wyraźne: ból głęboki w mostku, uczucie palenia i zgagi, ból w nadpępczu, zwiększenie bólu przy połykaniu, wymioty, zwracanie śluzu krwawego lub ropy.

Leczenie zależy od przyczyny: usunięcie ciała obcego, zasady w pleśniawkach, surowica w błonicy, dyeta mleczna, pigułki z lodu, środki przeciwkurczowe.

4. Kurcz przełyku.

Kurcz przełyku czyli zwężenie kurczowe cechuje się przestankowem zwężeniem bez zmian organicznych.

Jest to nerwica, rodzaj histeryi miejscowej, którą odróżniać należy od skurczów objawowych w wodowstręcie, otruciu strychniną i zmian organicznych.

Kurcz przełyku występuje u osobników nerwowych, pochodzących z rodziców dnawych, neuropatów i pijaków, może powstać odruchowo (glisty, tasiemiec). Do przyczyn bezpośrednich należy gniew, zmartwienie, zetknięcie z pokarmami ostrymi. Kurcz powstaje przy każdem usiłowaniu połykania, płyny przechodzą trudniej, niż ciała stałe, niekiedy dzieci łatwiej połykają proszki w opłatkach, niż małe pigułki. Skoro kurcz powstanie po spożyciu kwasu żrącego, możnaby myśleć o zwężeniu organicznem — badanie zgłębnikiem rozstrzyga wtedy kwestyę.

Równocześnie z kurczem przełyku u danego osobnika znajdujemy inne oznaki neuropatyczne: strach nocny, nietrzymanie moczu, poty obfite. Niekiedy chorzy połykają ślinę i napoje ciepłe, nie znoszą zaś zimnych i odwrotnie. Zdarzać się mogą wymioty i zwracania. Kurcz może być stały lub przestankowy. Choroba trwa długo, na stan ogólny jednak nie wpływa.

Kurcz przełyku leczyć należy jak histeryę trzewiową cewnikowaniem, zmianą powietrza, wodą, poddawaniem etc. Cattaneo (Gaz. d. osp. 1898) opisuje udany przypadek wyleczenia poddawaniem na jawie u 12 letniego dziecka, silnie obarczonego dziedzicznie. Autor wmówił, że wyzdrowieje po 8 dniowem codziennem wprowadzaniu cewnika.

5. Ciała obce w przełyku.

Ciała obce bardzo często dostają się do narządów trawienia, gdyż dzieci biorą wszystkie napotkane przedmioty do ust. Ości ryb, stalówki mogą zatrzymać się w jamie ustnej lub migdałach, podniebieniu etc., częściej

wszakże przechodzą do przełyku lub gardzieli, gdzie zatrzymują się; groch, guziki małe dostają się niekiedy przez nos, częściej jednak z jamy ustnej, mogą być wykrztuszone podczas kaszlu lub przy wydechu głębokim.

Ciała obce mogą przez czas długi bezkarnie pozostawać w jamie nosogardzielowej, poczem mogą wyjść przez nos, usta lub też być połknięte. W gardzieli mogą zatrzymać się tylko ciała znacznej objętości, wywołując zaduszenie skutkiem zatkania krtani. Ciała ostre, kańciaste ranią narząd i mogą wywołać ropień pozagardzielowy.

W przełyku mogą zatrzymać się monety, kości, piłki, muszle, gwizdawki, gwoździe, niekiedy rurki w czasie intubacyi (które zresztą przechodzą bez szkody do kiszek). Ciała obce mogą wywołać z początku napady zaduszania, później jednak nie wywołują żadnych zaburzeń i długo mogą pozostawać w przełyku. Niekiedy dłuższy ucisk wywołuje owrzodzenie, przedziurawienie tętnicy głównej i śmierć z krwotoku, częściej jednak zdarza się ropówka i ropień okołoprzełykowy.

Rokowanie jest dość ciężkie: 6 przypadków śmierci na 40 (Félizet). Im dziecko jest młodsze, tem trudniej postawić rozpoznanie, gdyż pamięć wtedy jest słaba. Należy starannie obmacać szyję, badać przełyk zgłębnikiem, który, co prawda, często spycha ciało obce do żołądka. Wyniki świetne daje prześwietlanie promieniami X.

Leczenie musi stosować się do każdego oddzielnego przypadku. O ile grozi uduszenie dokonać trzeba natychmiastowej tracheotomii, jeżeli nie ma gwałtu możemy zepchnąć ciała okrągłe, tępe do żołądka, a wtedy zalecamy spożycie dużej ilości ziemniaków, używamy zgłębnika, przepisujemy środek wymiotny, wyciągamy ciało za pomocą koszyczka Graefe lub z gąbką (Félizet). Gdy środki powyższe zawiodą, dokonywamy ezofagotomii zewnętrznej (Lemaistre), naturalnie po dokładnem określeniu miej-

sca za pomocą radioskopii. Delaunay zaleca pewną powściągliwość. Przed operacyą znalazł monetę u podstawy szyi, przy drugiem radyoskopowaniu była już w żołądku, przy trzeciem w miednicy małej. Ciała obce z przełyku dostają się do żołądka, gdzie pozostają lub wychodzą przez odbyt. Na tej długiej drodze mogą wywołać podrażnienie śluzówki, przedziurawienie ścian, ropówkę, zapalenie otrzewny, niedrożność kiszek. To też zależnie od przypadku uciec się niekiedy trzeba do gastrostomii, enterotomii etc. Usuwanie ciał obcych z odbytu jest łatwe, palec lub szczypczyki starczą.

W każdym jednak razie nie należy spieszyć z zabiegiem chirurgicznym. Sam miałem przypadek połknięcia szpilki do włosów przez 9 m. dziewczynkę, w którym szpilka wyszła przez odbyt po 24 godzinach. Molènes widział, jak w ten sam sposób wyszła broszka otwarta.

ROZDZIAŁ IV.

Choroby żołądka.

Ilość chorób żołądka jest niewielka, są one jednak częste u dzieci i powstają prawie zawsze skutkiem błędów dyetetycznych. Objawy ich i rokowanie zależą od wieku dziecka, dla tego też musimy rozpatrywać oddzielnie niestrawność u niemowląt i dzieci starszych.

A. Niestrawność u niemowląt.

Przyczyny. Wyjątkowo zdarza się niestrawność u dzieci donoszonych, karmionych piersią, wprawdzie przy

obfitości pokarmu, zbyt długiem i częstem ssaniu dziecko zwraca lub wymiotuje pokarm, a nawet może mieć biegunkę i wzdęcie brzuszka, objawy te jednak ustępują szybko po usunięciu przyczyny bez żadnych następstw dla zdrowia. Zdarzyć się może, że mleko karmicielki jest dobre dla jednego, złe dla innego dziecka, jedynym wtedy środkiem jest zmiana karmicielki; często kilka zmienić wypadnie, nim natrafimy na pokarm odpowiedni. Wczesne miesiączkowanie karmicielki szkodzi wogóle dziecku, ale miesiączkowanie nie jest przeciwskazaniem do karmienia. Natomiast wszelkie nadużycia, pijaństwo, spożywanie pokarmów niestrawnych lub niezdrowych sprowadza u dzieci biegunkę i wymioty. Niekiedy przyczyn braku łaknienia i niestrawności szukać należy w siedzącym trybie życia, umiarkowane spacery codzienne usuną zło. Wogóle przy dobrem karmieniu naturalnem niestrawność jest przejściowa i nie groźna, główną natomiast przyczyną niestrawności jest karmienie sztuczne lub mieszane, podkarmianie wczesne i wczesne odstawianie, jednem słowem żywienie wadliwe. A. Leicester na 341 przypadków niestrawności u dzieci w 2% zaledwie miał do czynienia z dziećmi, karmionemi przez matki (Brit. med. As. 1883). Zamiast mleka kobiecego dziecię dostaje mleko zwierząt, różne co do składu chemicznego, w ilości nadmiernej, w nieczystych przechowane naczyniach przy dostępie powietrza, wynikiem tego musi być niestrawność. Nie mówiąc już o drobnoustrojach, odgrywają tu rolę 2 czynniki: 1) chemiczny— inny skład chemiczny i 2) mechaniczny, gdyż przy karmieniu sztucznem głównie źle oddziaływa ilość pokarmu. Pojemność żołądka jest wogóle u niemowląt mała, u noworodków 50 cm, w 1 m. 80 cm, w 5 m. 150, w 9 m. 250 cm.; przekraczając te cyfry, wywołujemy rozszerzenie bardzo wrażliwego narządu. Skutkiem nadużyć tego rodzaju występuje fermentacya, wytwarzając jady: kwas mleczny i masłowy. Według Vaughan'a w mleku pod

wpływem upałów tworzy się nawet groźna ptomaina tyrytoksyna, otrzymana w postaci igieł krystalicznych. W Europie nie wykryto dotąd w mleku tej ptomainy, ale nie zmniejsza to bynajmniej wartości teoryi, że większość przypadków niestrawności u dzieci jest samozatruciem. Może również na tem tle nastąpić i zakażenie. Marfan np. w 7 przyp. stwierdził nieżyt płuc skutkiem l. okrężnicy, w 4—paciorkowca. W tych razach zakażenia wtórne idą z kiszek (l. okrężnicy) lub skóry (paciorkowiec). Marfan i Marot (Rev. mens de mal del'enf. 1893) uważają nieżyt płuc za objaw wyraźny zakażenia kiszek.

Objawy. Niemowlęta, karmione sztucznie, zaczynają przedewszystkiem wymiotować, dalej ujawnia się biegunka, niekiedy drgawki, rumień, pleśniawki etc. Opisywać objawów uwiądu nie będę, ograniczę się do objawów wyłącznie niestrawności. Pierwszym objawem są wymioty. Żołądek rozszerzony skutkiem wprowadzenia zbyt wielkiej ilości pokarmów lub ciał niestrawnych stara się uwolnić od nich i dziecko zwraca od czasu do czasu skrzep mleczny, resztki pokarmów, śluz, zabarwiony niekiedy żółcią, rzadko krwią. Często przed wymiotami występuje czkawka lub odbijanie, wymioty zaś są kwaśne z ostrym, przykrym zapachem. Brzuch jest wzdęty, skutkiem bólów dziecko krzyczy, często zamiast biegunki mamy uporczywe zaparcie stolca naprzemian z biegunką.

Sprawa ograniczyć się może do żołądka lub też rozszerzyć się na kiszki (gastroenteritis). W stolcach płynnych znajdujemy krupki sernika niestrawionego, zmieszane z kałem płynnym żółtym lub zielonym, niekiedy mamy wprost lienteryę i wyciek żółci. W okolicy żołądka udaje się stwierdzić niekiedy pluskanie, gdyż żołądek przepracowany ulega rozszerzeniu. Lesage (Rev. de méd. 1887/8) na 6 oględzin pośmiertnych w 3 znalazł rozszerzenie żołądka, pluskanie stwierdził u dzieci bez rozszerzenia żołądka skutkiem rozszerzenia poprzecznicy. Na 80

dzieci do lat 2, sekowanych przezemnie w r. 1897 w szpitalu des Enfants Malades: u 64 znalazłem rozstrzeń znaczną żołądka (t. j. 4 : 5) dzieci te były karmione sztucznie, w tych razach, gdzie nie było rozszerzenia, dzieci były nieczesne lub słabe i nie miały wogóle sił do ssania (Soc. méd. des hôp. 1897).

Skutkiem niestrawności powstaje u niemowląt szereg objawów odruchowych, a raczej należałoby powiedzieć z zatrucia, jeżeli nie używam tego ostatniego określenia czynię to z powodu, że sprawa nie jest ostatecznie zbadana. Tu zaliczę kurcz głośni, drgawki, dychawicę, nieżyt oskrzeli, wysypki skórne etc., niektóre z tych objawów (kurcz głośni, drgawki) mogą zakończyć się śmiercią, inne są uporczywe i groźne.

Dzieci źle żywione są mało odporne, kaszlą, przy wysłuchiwaniu zauważyć można rzężenia, kończą skutkiem nieżytu oskrzeli. Bardzo często zdarza się u nich rumień pośladków, pryszczyce liszajowate twarzy, pokrzywka, liszaj zołzowy. Prócz tych powikłań znajdujemy uwiąd, biegunki i krzywicę, zwykły koniec tych, które nie zmarły z innych powikłań.

Rokowanie zależy od stopnia choroby i natężenia czynników chorobotwórczych, lekka niestrawność u karmionych naturalnie lub mieszanym sposobem jest łagodniejsza, niż u karmionych wadliwie sztucznie. W każdym razie śmiertelność u niemowląt niekarmionych piersią jest bardzo wielka. Stąd wniosek, że każdemu dziecku sztucznie karmionemu grozi conajmniej niestrawność. Dziecko karmione piersią zwraca niekiedy, ale o ile stan ogólny jest dobry rokowanie jest dobre zupełnie.

Leczenie. U dzieci karmionych wadliwie jedynym środkiem jest zmiana pożywienia. Nie zawsze wprawdzie można dać dziecku dobrą mamkę, zawsze jednak można usunąć wadliwy sposób odżywiania nadmiernego. Mniej dzieci ginie z głodu, niż z przekarmienia, na ilość więc pokarmu przedewszystkiem zwrócić należy uwagę i nie

i nie pozwolić karmić częściej, niż co 2 — 3 godzin w dzień, nocą zaś dwa razy noworodek np. nie powinien pić częściej, niż trzy razy na dobę. Wymioty ustają często przy podawaniu mleka z lodu, dobre wyniki daje kalomel po 0,02—0,05, Henoch zaleca kwas solny (V—X kropel w wodzie ocukrzonej) lub kreozot w tych samych dawkach. Epstein dokonywał często przemycia żołądka, zabieg ten jednak stosować należy tylko bardzo ciężkich przypadkach, stwierdził jednak przy tem, że trawienie u takich dzieci jest powolne, że po 4—5 godzinach znajdujemy w żołądku resztki niestrawione; toż samo spostrzeżenie zrobiłem sam (Soc. méd. des hôp. 1894), co przemawia za koniecznością karmienia w większych odstępach czasu.

B. Niestrawność po odstawieniu, Rozstrzeń żołądka.

W chwili odstawienia żołądek dziecka staje się podobnym do żołądka dorosłych, pojemność jego powiększy się w dwójnasób, zaledwie zaznaczona w początkach postać i kierunek stają się normalne, błona mięsna nabiera siły. To też i patologia żołądka różni się nieznacznie. Niestrawność np. ma ten sam przebieg, co u dorosłych i głównie występuje wraz z rozstrzenią żołądka (Bouchard 1884), którą u dzieci znajdywałem równie, często jak u dorosłych (Arch. de méd. 1884).

Przyczyny. Moncorvo ogłosił w 1883 r. ciekawą pracę, w której dowodzi związku między rozstrzenią żołądka a zimnicą i przymiotem, związku tego jednak nie widzę. Rozstrzeń żołądka u dzieci nie jest bynajmniej następstwem choroby ogólnej, o wpływ w tym kierunku można by pomówić niekiedy dur brzuszny tylko, nigdy zaś zimnicy, lub przymiotu, przyczyn gdzieindziej szukać należy. Zazwyczaj dziecko było karmione smocz-

kiem, było dokarmiane lub też odstawione raptownie i odrazu zaczęło dostawać pokarm ciężki, nie strawny; często też niestrawność trwała oddawna. Jednocześnie rozwój dziecka był opóźniony, zębowanie i chodzenie spóźnione, rozwija się krzywica. Dziecko, źle żywione, nabiera zgubnego przyzwyczajenia, je obficie pokarmy ciężko strawne, pije wino, kawę, przepełniając żołądek oddawna już przepracowany i zanikły. Oto najczęstsza przyczyna rozstrzeni żołądka—czysto mechaniczne przepracowanie.

Anatomia patologiczna. Zmiany są głównie czynnościowe, właściwie niema rozstrzeni, ale niedomoga warstwy mięsnej żołądka i gdyby określenie niestrawność skutkiem niedomogi nie było tak obszerne, należało by go używać zamiast rozstrzeń żołądka. Na zwłokach ocena pojemności żołądka jest trudna, dokonali jej Le Gendre, Huguenin (Rev. mens de mal l'enf. (1888), w przypadku tego ostatniego żołądek opuścił się 2 cm. poniżej pępka i zawierał 500 gm. mleka, pojemność wynosiła 650 cm. Zuccarelli (1894) u wielu dzieci stwierdził rozstrzeń wyraźną, osobiście (Soc. méd des hôp. 1894) stwierdziłem toż samo wielokrotnie. Ściany żołądka są niekiedy cieńsze, śluzówka przytem może być zdrowa. Równocześnie z rozstrzenią żołądka zdarza się rozszerzenie okrężnicy i kiszek, a Marfan opisuje nawet wydłużenie kiszek. Badania chemiczne dostarczają skąpych wskazówek pod względem klinicznym, często spotykamy obniżoną kwaśność lub odwrotnie wzmożoną przy jednych i tych samych objawach.

Objawy. W początku są takież jak w niestrawności u niemowląt, a więc niestrawność, wymioty, naprzemian zaparcie lub biegunka i t. p., prócz tego występuje przekrwienie twarzy, poty, podniecenie ogólne, gorączka lekka, opisana przez Charrin'a jako gorączka trawienna (fièvre de digestion).

Objawy swoiste rozstrzeni żołądka dzielimy na fizykalne i czynnościowe.

1. Objawy fizykalne. U dzieci drobnych do lat 3 brzuch wielki tak wydatnie, że już na mocy oględzin można rozpoznać rozstrzeń żołądka, niekiedy dochodzi do rozszczepienia m. prostych brzucha, a nawet do wypadnięcia trzew, jak u wieloródek. Brzuch nie jest kulisty, ale spłaszczony po bokach i podobny do brzucha żab. U dzieci starszych nadmierne powiększenie brzucha, zależne zresztą wogóle od przerostu trzewiów brzusznych ustępuje, brzuch jest tej samej wielkości, co i u dzieci zdrowych. Przy obmacywaniu stwierdzamy, że brzuch jest miękki, dzięki czemu wykluczyć można gruźlicę otrzewny, nie wyczuwamy w nim bowiem żadnych guzów. Przy opukiwaniu w okolicy nadpępcza otrzymujemy odgłos bębnisty, który sięga wysoko pod serce i dojść może poniżej pępka. Odgłos ten różni się od odgłosu opukowego kiszek i daje się odgraniczyć z łatwością. Wątroba niekiedy bywa powiększona. Cennych wskazówek dostarcza nam pluskanie, które wywołać można przez szybkie wstrząsanie brzucha przy zgiętych udach i położeniu na wznak na kolanach matki, na czczo go nie bywa, natomiast po jedzeniu może wystąpić w całej okolicy nadpępcza, a nawet poniżej pępka; oczywiście nie zawsze objaw ten u dzieci wywołać się daje skutkiem niespokojnego zachowania się dziecka. U dzieci starszych objaw ten stwierdzić łatwiej; według Bouchard'a w rozstrzeni dolna granica pluskania sięga poniżej linii środkowej między mostkiem a pępkiem. Przyjąwszy ten pogląd, rozstrzeń żołądka bardzo często możemy znaleźć u dzieci. Przy napełnionym żołądku wstrząsanie wywołuje charakterystyczne bulgotanie. Niektórzy przypuszczają, że pluskanie powstaje w poprzecznicy. Zdarzyć się to może niewątpliwie, w każdym jednak razie pluskanie naczczo po wprowadzeniu $^1/_2$ szklanki mleka świadczy raczej o rozstrzeni żołądka.



U dziewczynki 14-letniej pluskanie wyraźne można było wysłuchać przy każdym wdechu [1]).

2. Objawy czynnościowe. Rozstrzeń żołądka przebiega niekiedy skrycie, nie wywołując objawów wyraźnych, przy bliższem jednak badaniu u małych dzieci występuje głód i pragnienie nadmierne, co sprowadza po pewnym czasie żarłoczność nadmierną. Po upływie 6—24 miesięcy żarłoczność ustępuje, dzieci tracą łaknienie, pragnienie jednak jest silne. Dzieci, początkowo otyłe, chudną szybko, są niedokrewne, po okresie nadmiernego trawienia występuje trawienie zwolnione (bradypepsia), ale pragnienie natomiast jest tak palące, że dzieci wciąż dniem i nocą dopominają się o wodę.

Prócz tego występują zaburzenia kiszkowe, a więc zaparcie stolca z następczą biegunką, wypróżnieniami śluzowemi i dyzenterycznemi. Często również zdarzają się wymioty oraz odbijania jajem zgnilem. Miejscowo występuje ból w okolicy nadpępcza, częściej wprawdzie u dziewcząt, ból ten jest jednak słabszy, niż u dorosłych.

Zmiany w narządach trawienia powodują ogólne objawy ze strony wszystkich niemal narządów. Dziecko początkowo jest tęgie i tłuste, tęższe nawet, niż normalnie, wkrótce jednak zaczyna chudnąć, równocześnie występuje niedokrewność, co powoduje, że dzieci tego ro dzaju są słabe, niezdolne do pracy, męczą się szybko, uskarżają na bicie serca i duszność przy wchodzeniu na schody lub biegu szybszym. Osłabienie to przypisuje się zwykle ząbkowaniu, robakom, wzrostowi, podczas

---

[1]) Autorowi widocznie nieznane jest t. z. pionowe ułożenie żołądka, zdarzające się w początkowych okresach choroby Glénarda, objaw bowiem powyższy świadczy o opuszczeniu, a nie rozstrzeni żołądka.

(*Przyp. tłom.*)

gdy jest wyrazem niestrawności i niedomogi trawiennej.

Do objawów nerwowych zaliczyć wypada częste bóle głowy w okolicy czołowej, przeważnie w ciągu dnia, przestankowe i ustępujące na dłuższy przeciąg czasu; za to u dzieci starszych nie zdarzają się jak u niemowląt, drgawki, tężyczka jednak czyli przykurczenie kończyn, zdarzyć się może. Sen bywa mniej lub więcej przerywany, niespokojny, z widziadłami, nagłem budzeniem się, krzykami i mową bez związku, omamami strasznemi i t. p. Strach nocny prawie zawsze wskazuje na rozstrzeń żołądka i nadużycie płynów. Oczywiście usposobienie odgrywa tu rolę ważną, zwrócić jednak uwagę należy, że samo obarczenie bez niestrawności nie wywołuje objawów powyższych, natomiast niestrawność może je wywołać i bez obarczenia. U niemowląt strachy nocne spotykamy w słabym stopniu. Spostrzegałem je np. u 4 miesięcznych dzieci, które budziły się raptem nocą z krzykiem niezwykłym. Uregulowanie karmienia usunęło objaw ten wkrótce.

Ze strony narządów oddechania w przebiegu niestrawności zdarzają często nieżyt oskrzeli z dusznością i rzężeniami dźwięcznemi, napady duszności są niekiedy tak silne, że przypominają dychawicę. Napady dychawicy z sinicą skutkiem niestrawności zdarzają się w ciągu dnia lub nocy i mogą zakończyć się śmiercią. Napad zazwyczaj kończy się po wymiotach, a uprzedzić go można przez uregulowanie dyety.

Na skórze zdarza się pokrzywka, liszaj, pryszczyca twarzy, prosówka potowa, łojotok skóry uwłosionej, a nawet trądzik różycowy (u 3 letniego chłopca). Wyżej już zaznaczałem związek między krzywicą a niestrawnością, zaznaczę jednak, że zgrubień na 2 członku palców, spostrzeganych przez Bouchard'a u dorosłych z rozstrzenią żołądka, u dzieci nie widziałem nigdy.

Pozostaje mi obecnie po rozpatrzeniu objawów postarać się o ich wyjaśnienie. Strach nocny i drgawki można objaśnić odruchem, bardziej racyonalna teorya przypisuje je samozatruciu, w rozstrzeni bowiem, jak dowiódł Bouchard, powstają w żołądku skutkiem zastoju pokarmów fermentacye nieprawidłowe, które wytwarzają jady, wchłaniane bezustannie.

Rokowanie. Rozstrzeń żołądka jest chorobą przewlekłą o przebiegu niestałym. Niekiedy sprawa sprowadza się tylko do pewnej ułomności: dziecko, odżywiając się prawidłowo, nie uczuwa żadnych zaburzeń w trawieniu, nigdy jednak czasu trwania choroby określić nie można, a wyzdrowienie stałe jest problematyczne. Dzieci z rozstrzenią żołądka nie zawsze są chore, ale nigdy nie są zdrowe, najmniejsze wykroczenie wytrąca je z równowagi, jest to stałe usposobienie do choroby, a niekiedy przygotowanie podłoża dla chorób ustrojowych i zakażeń ogólnych. To też rokowanie jest poważne i choroba wymaga leczenia starannego.

Rozpoznanie rozstrzeni żołądka, skoro istnieje pluskanie, jest łatwe. Uwagę naszą w kierunku badania ściślejszego pod tym względem żołądka zwrócić powinny takie objawy, jak niestrawność, ból żołądka, bóle głowy, strach nocny i wysypki na skórze, o odróżnieniu burczenia w kiszkach od pluskania w żołądku wspominałem powyżej.

Leczenie i zapobieganie. Leczenie zależy od wieku dziecka, u niemowląt karmionych piersią ogranicza się do uregulowania karmienia co 3 godziny, zabraniamy nadto zbyt wczesnego podkarmiania, nadużycia płynów, radzimy odstawiać dziecko późno i stopniowo, wreszcie zalecamy przechadzki na powietrzu i kąpiele słone. Jest to zarazem postępowanie zapobiegawcze. Wogóle karmienie naturalne zapobiega rozstrzeni żołądka i jej następstwom.

U dzieci starszych leczenie nie różni się zasadniczo

od leczenia u dorosłych, polegając głównie na stosowaniu t. z. dyety suchej i wykluczeniu z niej płynów. W przerwach między jedzeniem zabronić należy napojów, ilość płynów na dobę ograniczamy do 3 szklanek (mleko, woda, napary, piwo), zabraniamy również surowizn, sałat, kapusty, kalafiorów, dziczyzny, wędlin, ryb wędzonych lub solonych, sosów pikantnych i t. p., zalecając natomiast jaja, mleczywo, chleb, purée z mięsa i jarzyn suchych, zupy gęste i t. p. Pożywienie to dajemy 3 razy dziennie, najwyżej 4, jeżeli dziecko jest głodne, zawsze w tych samych godzinach.

Obok tego zalecamy kąpiele słone, natryski zimne, nacierania skóry. Kiszki opróżniamy z pomocą lawatyw z glyceryną lub czopków glicerynowych, dla antyseptyki kiszkowej używamy betolu, granulek naftolowych (po 1 grm. na dzień w małych dawkach) lub benzonaftolu (2 gm. na dzień) z sodą lub nux. vomica. Płukanie żołądka tylko wyjątkowo bywa wskazane.

C. Przeżuwanie.

Przeżuwanie jest odmianą niestrawności u dzieci nerwowych lub zwyrodniałych. Pokarmy połknięte po pewnym czasie wracają do jamy ustnej dzięki ruchom przeciwrobaczkowym żołądka i przełyku, poczem chory przełyka je ponownie. U trzyletniego chłopca (Variot) późno rozwiniętego, krzywiczego z niestrawnością od 2 miesięcy wystąpiło przezuwanie; dziecko kapryśne, nerwowe, matka nerwowa, dziecko je wiele. Po wypiciu szklanki mleka ulega ono zwracaniu po 4—5 min i powtarza się często w odstępach 2 minutowych, toż samoż innymi pokarmami.

Leczenie jak w chorobach nerwowych i niestrawności: wodoleczenie, kąpiele i nacierania, ograniczenie ilości płynów, żywienie racyonalne, soda, magnezya i wronie oko.

D. Gorączka żołądkowa.

Pod tą nazwą rozumiem chorobę, częstą zarówno u dzieci jak i u dorosłych, cechującą się gorączką, obłożeniem języka, rozbiciem ogólnem.

Przyczyny. Gorączka żołądkowa jest wynikiem samozatrucia ostrego z żołądka lub kiszek, zdarza się więc nie u wszystkich, ale u osobników źle żywionych lub z upośledzonymi narządami trawienia. To też objawy te mogą być wtórne w przebiegu chorób zakaźnych (wysypki, dur, grypa) i właściwie nigdy nie są chorobą pierwotną. Choroba powstaje skutkiem użycia pokarmów nieodpowiednich, nadmiernego picia, przeziębienia, ale jest właściwie objawem wtórnym głównie rozstrzeni żołądka.

Objawy. Raptem u dziecka występuje gorączka, brak łaknienia, ból głowy, osłabienie ogólne. Gorączka dojść może do 40°, wkrótce jednak opada, a spadek ranny jest silny; po 5—8 dniach stan bezgorączkowy, spadkowi towarzyszą poty obfite, niekiedy krwawienia z nosa. Głowa ciąży, jest bolesna w okolicy czoła i skroniach, sen przerywany lub bezsenność zupełna.

Język obłożony, biały, brak łaknienia, a nawet wstręt do jedzenia, pragnienie natomiast silne, chorzy chętnie piją napoje kwaskowe. Brzuch zwykle bolesny lub też bolesność umiejscawia się w nadpępczu, częste nudności, a nawet wymioty śluzowe lub żółciowe. Zaparcie stolca często uporczywe, rzadziej biegunka.

Przypadki łagodne trwają 4—5 dni, cięższe trwać mogą 15 dni, prawie zawsze przytem mamy rozbicie ogólne i niemoc. Rokowanie jest dobre, nawroty zdarzają się często.

Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne w początku, obraz bowiem choroby niczem się prawie nie różni od innych chorób zakaźnych. Dur brzuszny, zapalenie

gruźlicze opon, grypę, prosówkę ostrą wykluczyć można dopiero po upływie dni kilku. To też należy być w praktyce prywatnej ostrożnym z rokowaniem. Od duru brzusznego choroba różni się krzywizną ciepłoty, rano bowiem jest prawie normalna. W każdym jednak razie uciec się należy do serodyagnostyki.

Leczenie niekiedy rozstrzyga kwestyę: podanie środka wymiotnego (rad. ipcea 1—1,5 gm.) lub czyszczącego (olej, kalomel) odrazu przerywa chorobę. Jeżeli choroba nie ustępuje, stosować należy do wewnątrz środki przeciwgnilne i benzonaftol (1 grm. w 4—5 proszkach z cukrem). Leczenie to w gorączce żołądkowej zazwyczaj wystarcza.

E. Niestrawność ostra.

Niestrawność ostra, przypadkowa wywołuje objawy ostre, wymioty i biegunkę.

Przyczyny. Choroba najczęściej zdarza się skutkiem nadmiernego, zbyt szybkiego, zbyt częstego jedzenia lub skutkiem spożycia pokarmów niestrawnych, owoców zielonych, cukrów, ciast, picia nadmiernego etc. Często wystarcza zmęczenie, przeziębienie po jedzeniu, wreszcie przestrach, który powstrzymał czynność trawienia. Niektóre dzieci są usposobione do niestrawności, tu należą dzieci, słabe, delikatne, karmione sztucznie, krzywicze, ozdrowieńcy po chorobach ostrych i ciężkich (dur brzuszny). Wogóle dzieci są usposobione do niestrawności ostrej, nie tyle skutkiem tego, że są słabsze, ale i skutkiem nieprawidłowego łaknienia, spożywania pokarmów w porze niewłaściwej i łakomstwa. Nie zawsze niestrawność ostra powstaje skutkiem nadmiernego pożycia pokarmów, często jest wynikiem spożycia pokarmów złych, trujących, dziczyzny, podejrzanych skorupiaków etc. mamy wtedy do czynienia z zatruciem.

Objawy. Po spożyciu większej, niż normalnie, ilości

pokarmów, na razie dziecko nie doznaje żadnych dolegliwości, dopiero w 3—4 godzin po jedzeniu występują bóle w brzuchu, czkawka, nudności, pot zimny na twarzy, po zwymiotowaniu ulga natychmiastowa. O ile nie nastąpią wymioty ból wzmaga się, rozszerza na kiszki, w jamie ustnej dziecko czuje niesmak, gorycz, odór, zbiera się śluz cuchnący, wkrótce występuje biegunka. Stan ogólny zły, dziecko niespokojne, blade, często mdleje, tętno małe, kończyny zimne, u osobników nerwowych zdarzają się drgawki, ból głowy, bredzenie, strach nocny lub też śpiączka, zapaść, zamartwica, jak w cholerze, zdarzają się również i napady dychawicze.

Choroba zwykle trwa krótko—godzin kilka, pozostawiając po sobie osłabienie i wyczerpanie lub też niestrawność na czas dłuższy. Na skórze występuje niekiedy pokrzywka.

Objawem głównym zwykle są wymioty, biegunka występuje później, ale trwać może dłużej. W wymiocinach znajdujemy niestrawione resztki pokarmowe: kawałki mięsa, jabłek, pestki owoców, zmieszane ze śluzem, żółcią, rzadziej krwią. Dzieci wymiotują niekiedy glisty żywe lub martwe, które, być może, są przyczyną choroby. Gorączki zwykle nie bywa, może wystąpić jednak później, jeżeli rozwinie się gorączka żołądkowa. Rokowanie jest dobre, jeżeli jednak choroba powtarza się często, może wywołać zmiany stałe.

Rozpoznanie zwykle na zasadzie wywiadów i objawów powyższych jest łatwe, pamiętać jednak należy, że wiele chorób rozpoczyna się w sposób podobny, że wymienię: zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie płuc płonicę, ospę, grypę i t. p., zaznaczyć tylko można, że zwykła niestrawność ostra przebiega bez gorączki. Później dopiero, gdy przejdzie w gorączkę żołądkową, mogą powstać wątpliwości co do duru zapalenia opon i t. p., dalszy jednak przebieg rozstrzygnie sprawę. W niestrawności ostrej wykluczyć należy zatrucie.

Leczenie. Niestrawność ostrą należy leczyć jak zatrucie, zastosować więc przedewszystkiem opróżnienie żołądka i kiszek (środki wymiotne i czyszczące). Ciężar i nadczułość ustępuje pod wpływem okładów, podajemy nadto napary ciepłe, a nazajutrz stosujemy środki przeciwgnilne (natri bicarbonici, bismuthi salicylici, benzonaphtoli aa 0,2, pulv nuc. vom. 0,01. 3—5 proszków dziennie).

Uniknąć choroby można przy starannem normowaniu dyety i zwracaniu uwagi na żucie prawidłowe.

F. Gorączka trawienna.

Zdarza się niekiedy u dzieci w czasie trawienia w kilka godzin po jedzeniu gorączka, którą Charrin nazwał gorączką trawienną fièvre de digestion (Journ. de chim. 1889).

Przyczyny. Według Charrin'a soki trawienne posiadają własności gorączkotwórcze, a przestankowość zależy od przestankowego wydzielania tych soków. H. Grasset, który również sprawie tej poświęcił pracę, pisze (Gaz. des hôp. 1896): U 2 — 7 letnich dzieci zdarza się pod wpływem nadmiernego lub wadliwego żywienia, nie stosunkowego do rozwoju narządów trawienia i do wydolności czynnościowej stan gorączkowy z niedomogą dróg trawiennych, który trwać może czas dłuższy o różnem natężeniu.

Według mnie (Méd, mod. 1898) przyczyny tej sprawy są następujące: pomimo postaci przestankowej zimnica w powstawaniu tych gorączek nie odgrywa żadnej roli, odgrywa tu jednak rolę u dzieci od 3—10 lat wczesne odstawienie, przebyta krzywica, karmienie sztuczne, usposabia rozstrzeń żołądka, stąd też gorączka trawienna jest następstwem i objawem ostrym niestrawności przewlekłej. Gorąco latem usposabia do choroby, ale zdarzyć się ona może i zimą.

Objawy. U dzieci bez wyraźnych objawów choroby bladych, uskarżających się na brak łaknienia i sił co wieczór w kilka godzin po jedzeniu występuje napad gorączki. Ledwo dziecko ułoży się do snu, staje się podnieconem, dostaje wypieków na policzkach, ciało pokryte ma potem, skóra gorąca. nocą śpi źle, sen przerywany widziadłami, rano gorączka ustępuje, pozostaje jednak niedokrewność i osłabienie ogólne. Gorączka może powtarzać się co wieczór w tej samej godzinie, lub też przerwy są dłuższe: 2 dni do kilku tygodni. Ciepłota u szczytu gorączki 38—38,5 rzadziej 39—40°, wyjątkowo dochodzi do 40,41° i trwa dni kilka. Tego rodzaju napady powtarzają się jednak w dłuższych odstępach czasu.

W przerwach dziecko źle trawi, miewa stolce zaparte, brak łaknienia, pragnienie palące, niekiedy jednak znów stolce płynne i cuchnące, język obłożony, od czasu do czasu ból głowy. Ogólnie dziecko jest chude, blade, niedokrewne, co przypisujemy, wzrostowi, usposobieniu limfatycznemu, początkom gruźlicy, podając środki wzmacniające, które tem bardziej drażnią żołądek.

Gorączka trawienna, zależnie od leczenia, trwać może czas dłuższy, ale zazwyczaj nie daje złego rokowania. Skoro rozpoznamy przyczynę, ustępuje szybko.

Rozpoznanie. Dzięki przestankowości częstokroć uważamy sprawę za zimniczą, podając bezskutecznie chininę, jeżeli jednak zwrócić uwagę, że dziecko nie zamieszkuje okolic zimniczych, że napady są łagodne bez dreszczu i że występują co wieczór po jedzeniu, gdy wreszcie chinina da wynik ujemny, zimnicę wykluczyć łatwo. Bladość przemawia za niedokrewnością, która w tym wieku jednak nie może zależeć od blednicy, a raczej od choroby organicznej — gruźlicy, którą z braku innych objawów wykluczyć łatwo. Toż samo dotyczy zołzów, brak bowiem powiększenia gruczołów. Przez wykluczenie dochodzimy do przyczyny właściwej: trawienia wadliwego, znajdując oparcie w wymiotach.

Leczenie. Przedewszystkiem uregulowanie dyety i napojów, usunięcie napojów wyskokowych, podawanie pokarmów roztartych, w stałych odstępach czasu (3 razy dz.), zalecanie jedzenia powolnego, usunięcie pokarmów niestrawnych, surowizn, ostrych, kwaśnych i słodkich; po zatem podawanie środków natrawiennych (sody, magnezyi, pepsyny, pankreatyny, wroniego oka), uregulowanie stolców za pomocą czopków lub lawatyw z gliceryną, kąpiele słone, nacierania etc. Pod wpływem leczenia tego ustępuje niestrawność, a wraz z nią znika gorączka.

G. Wymioty okresowe.

Zdarza się niekiedy u dzieci choroba, cechująca się wymiotami, występującemi okresowo z dłuższemi przerwami. Sprawę tę opisał Leyden (1882) i Withney (Cyclic vomiting Arch. of Ped. 1898).

Przyczyny. Przyczyn bezpośrednich brak zwykle. Zwiastunów brak również, dziecko zdrowe zapada odrazu i raptem zaczyna wymiotować. Zdarza się to u dzieci od 8—12 lat. Sprawę przypisywano bez objaśnień bliższych odruchowi, inni tłomaczyli ją zaburzeniami w wydzielaniu soku żołądkowego, kwaśnością nadmierną, nadmiernem wydzielaniem HCl (Snow), nadmienić jednak wypada, że objaw to niestały i niepodobna mu przypisać roli chorobotwórczej. Przypuścić-by raczej należało samozatrucie. Rachford bowiem znajdywał u tych chorych, jak i w migrenie, w moczu paraksantynę, heteroksantynę i inne jady, zbliżone do kwasu moczowego. Stopniowe nagromadzenie tych jadów we krwi u osobników usposobionych może wywołać i objaśnić nam powstawanie wyładowań okresowych w postaci wymiotów. Mamy zatem do czynienia z urycemią, tembardziej, że choroba zdarza się u osobników, obarczonych dziedzicznie (dna, dychawica, migreny, neuropatie).

Objawy. U $8^1/_2$ letniego chłopca po niewyraźnych zwiastunach (gorączka lekka, brak łaknienia, rozbicie ogólne) 23/VII 1898 r. występują wymioty, które trwają 12 godzin, aczkolwiek chory w przeddzień nic nie jadł. Wymiociny składają się ze śluzu z żyłkami krwi; bólu głowy i brzucha brak, 25, bez leczenia polepszenie, nazajutrz przyjął kilka łyżek mleka. Nic by w tym przypadku nie było szczególnego, gdyby nie to, że podobny miał przedtem. 23/XII 1896 r., 20/III, 20/V, 18/VIII, 18/X 1897 r. Napady występowały co 3 miesiące, pomimo ścisłej dyety. Pierwszy 14. IX 96 r. był ciężki: w ciągu 5 dni uporczywe wymioty z następczą zapaścią, wychudzenie, tętno małe, słabe, nieprawidłowe, szybkie. Z wywiadów: u dziada dna, u ojca gruźlica, ciotka ojczysta — chora umysłowo, wuj samobójca, siostra chora umysłowo. Dziecko wogóle nerwowe, drgawek nie było, innych prócz powyższego objawów ze strony żołądka brak. Oto w krótkości przypadek Whitney'a, którego zdaniem był nerwicą żołądka, podczas gdy Rachford upatrywał w nim skązę moczanową. Spostrzegałem liczne tego rodzaju przypadki (Kongres w Nantes 1901). Objawy można zobrazować jak następuje:

Raptem u dziecka delikatnego, ale dość zdrowego występują po krótkich zwiastunach wymioty bez przyczyny lub też po nieznacznym błędzie w dyecie. Wymioty są naprzód pokarmowe, później śluzowe, kwaśne, z żyłkami krwi. Wymioty są uporczywe: trwają od 3—5 dni z lekką gorączką i upadkiem sił. Brzuch wciągnięty, wychudzenie. Wkrótce napad ustaje, wraca łaknienie i zdrowie. Oto napad typowy. Zdarzają się i inne odmiany, niekiedy u dzieci w początkach spostrzegano drgawki, u innych bóle głowy, żołądka, senność, niemiarowość tętna, bredzenie, zaburzenia naczynioruchowe, brak gorączki. Zaparcie stolca jest objawem stałym. W rzadkich, co prawda, przypadkach, ale opisywano duszność: rodzaj dychawicy z niestrawności.

W przerwach między napadami, które przychodzą w regularnych odstępach czasu co 2, 3, 6 m. stan ogólny dobry. Gdy zbliża się napad nic, nawet dyeta uprzedzić go nie może.

Rokowanie niezłe, ale napady te wskazują na skazę, która może później wywołać inne objawy.

Rozpoznanie. Przedewszystkiem wykluczyć należy niestrawność ostrą, w czem pomagają wywiady; brak bólów w brzuchu przemawia przeciw kamicy żółciowej, nerkowej, nerwobólom żołądka i kiszek oraz zapaleniu wyrostka robaczkowego. W migrenie zawsze mamy ból głowy, migrena jednak może zdarzać się u tych chorych, z jednego pnia bowiem pochodzi. Zapalenie opon i mocznicę wykluczyć można z łatwością.

Leczenie. W przerwach między napadami należy uregulować dyetę: mało mięsa, pokarmy mączne, mleko, jaja, owoce gotowane etc. Rachford pozwala jeść tylko kurczęta, ryby, ostrygi. Mleko zalecać należy w znacznych ilościach, obok zaś tego napoje zasadowe i wodę. W czasie napadu dyeta bezwzględna, nieco wody gazowej i lodu. Po napadzie wolno podawać płyny, ale łyżeczkami.

W przypadkach cięższych surowica sztuczna pod skórę i wstrzykiwania morfiny dla usunięcia wymiotów, lawatywy w razie zaparcia. Do wewnątrz zasady, salicylan sodu, węglan sodu lub potasu.

H. Wrzód żołądka.

W żołądku znajdujemy różne odmiany wrzodów: wrzód okrągły Cruveilhier'a, owrzodzenie gruźlicze, owrzodzenie punkcikowate w zapaleniu zakaźnem.

Przyczyny. U noworodków, zmarłych z krwotoku kiszkowego, a nawet bez wymiotów i stolców czarnych z objawami uwiądu i ostrego zakażenia kiszek, częstokroć

znajdujemy liczne małe, okrągłe owrzodzenia żołądka, zależne od zakażenia. Gruźlica wywołuje owrzodzenia częściej, niż przypuszczamy, w 3 przypadkach na 28 zwłok gruźliczych poniżej 2 lat, znałazłem je w żołądku; nie były to jedyne wprawdzie zmiany gruźlicze, ale zwykle jednocześnie z gruźlicą płuc, kiszek i t. p.

Wrzód okrągły częściej zdarza się u dorosłych i młodzieży, ale i u dzieci znaleźć go można, Donné, Reimer, Chwostek opisywali wrzody u dzieci 3, $3^1/_2$ i 4 letnich. Po 10 roku wrzód jest stosunkowo częstszy, szczególniej u dziewcząt bledniczych.

Pochodzenie wrzodu bynajmniej nie jest wyjaśnione ostatecznie. Virchow przypisuje go zatorowi, Klebs zakrzepowi i skurczowi naczyń, Rokitansky zastojowi krwi, Rasmussen zgorzeli z ucisku, Cruveilhier zapaleniu, Galliard wistocie w 2-ch przypadkach stwierdził oznaki zapalenia, Jaworski i Korczyński, opierając się na nadmiernej kwaśności soku, przypuszczają, że owrzodzenie poprzedza nadmierne wydzielanie HCl i nieżyt żołądka. Letulle (Soc. méd. des hôp. 1888) przypisuje wrzód wpływom czynników zakaźnych (dur brzuszny). Debove chorobę uważa za zakaźną, swoistą, ale nie zna drobnoustrojów. W celu uzupełnienia zaznaczę, że wrzód rozwinąć się może skutkiem połknięcia ciał żrących (ług, kwasy), te ostatnie owrzodzenia poprzedza zapalenie śluzówki. Dawniej zapalenie lekowe żołądka zdarzało się częściej skutkiem nadużycia emetyku.

Anatomia patologiczna. Zmiany są jednakowe u dzieci i dorosłych: wrzód jest okrągły, kraterowaty, drążący i może przebić ścianę żołądka. Wymiary wrzodu są rozmaite. Wrzód może się zabliźnić.

W zapaleniu emetykowem znajdywano pryszcze w żołądku i kiszkach. Po połknięciu płynu żrącego śluzówka żołądka ulega zniszczeniu, przeistacza się w miazgę, pokrytą wysiękiem czarnym błonicowatym, owrzodzenia u noworodków są drobne, prosowate ale liczne, po-

środku owrzodzenia znajdujemy czarny skrzep, a na powierzchni śluzówki liczne nitkowate skrzepy krwi.

Objawy. Wrzody żołądka u dzieci przebiegają zwykle skrycie i są rozpoznawane dopiero na zwłokach. Oczywiście owrzodzenia skutkiem oparzeń wywołują silne bóle, wymioty, biegunkę krwawą. Dzieci, dotknięte uwiądem giną szybko, ale przyczyny wykryć niepodobna. Wrzód okrągły żołądka przebiega zwykle skrycie aż do chwili wystąpienia krwotoku żołądkowego lub zapalenia otrzewny (Ralliet i Barthez). Najtypowszym wtedy objawem są wymioty krwią świeżą lub czarną, zależnie od czasu który przebyła w żołądku. Bólu żołądka zwykle brak, natomiast są objawy niestrawności: powolne trawienie, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, brak łaknienia.

Rokowanie jest zawsze ciężkie, acz zagojenie wrzodu okrągłego żołądka musi być dość częste, trudno je jednak stwierdzić dla przebiegu skrytego całej sprawy; w przypadkach stwierdzonych wyzdrowienie następowało w połowie przypadków. Choroba trwa długo, choremu grożą krwotoki. Rozpoznanie oprzeć się może wyłącznie tylko na wymiotach kwaśnych.

Leczenie. Spokój bezwzględny w łóżku, dyeta mleczna, środki zasadowe. Spokój jest konieczny w celu rozluźnienia mięśni, usunięcia wysiłków i sprowadzenia do minimum wstrząśnień, które mogłyby wywołać krwotok. Mleko może być jedynym pokarmem, gdyż wymaga najmniej pracy trawiennej, ułatwia ono antyseptykę, podawać je należy po filiżance co 2 godziny. W celu zobojętnienia kwasów soku żołądkowego podajemy zasady: wodę Vichy lub wapienną, w razie krwotoku półtorachlorek żelaza (20 kropel w wodzie cukrzonej. W razie bólów podajemy makowiec i wodę chloroformową, wstrzykujemy pod skórę morfinę (na rok życia 0,001 gm.) 2—3 razy dziennie.

I. Zwężenie oddźwiernika.

Zwężenie oddźwiernika zwykle występuje skutkiem raka, rzadziej wrzodu żołądka, stąd rzadko tylko zdarzyć się może u dzieci, jeżeli nie brać pod uwagę trzeciej przyczyny—wrodzonego przerostu tego narządu.

Przyczyny. Do tej pory ogłoszono około 30 przypadków zwężenia oddźwiernika u dzieci w pierwszych miesiącach życia, rzadziej u dzieci starszych. Zwężenie oddźwiernika u dzieci 7, 9, 12 letnich (Krasnobajew, Moskwa 1897) zależy już od wrzodu żołądka lub innych przyczyn nabytych. Płeć nie odgrywa co do częstości żadnej roli. Oskarżano bez powodzenia przymiot i dziedziczność. Przyczyny wogóle są nieznane. Co się tyczy pochodzenia, czy jest to kurcz wrodzony (Thomson) - nerwica, czy zejście nieżytu żołądka u płodu z przerostem warstwy mięsnej, czy zwykły przykurcz (Pfunndler Wien. med. Woch. 1897)—nie wiemy, a w każdym razie nasuwają się wątpliwości.

Anatomia patologiczna. Na zwłokach znajdujemy rozstrzeń żołądka różnego stopnia, który niekiedy przechodzi na przełyk, ściany żołądka w okolicy wpustu cienkie, u oddźwiernika zgrubiałe. Ujście części oddźwiernikowej tworzy obrączkę twardą 2 — 4 cm. w średnicy i 2—3 cm. lub więcej grubości, stąd oddźwiernik przepuszcza zaledwie cienki zgłębnik, śluzówka jest pomarszczona, ale bez owrzodzeń. Na przekroju znajdujemy przerost mięśniówki, tworzącej rodzaj zwieracza, przerostowi ulegają głównie włókna obrączkowe, w jednym tylko przypadku Funkelsteina przerostowi uległy włókna podłużne (Jahrb. f. Kid. 1896).

Objawy. Dzieci rodzą się na czasie, dobrze rozwinięte, pierwszym objawem są wymioty, które występują w pierwszych dniach lub po paru miesiącach, są czysto pokarmowe, nigdy nie zawierają żółci. Brzuch jest zwy-

kle zapadnięty, w prawem podżebrzu daje się wyczuć niekiedy guz twardy w okolicy oddźwiernika. Równocześnie z wymiotami występuje zaparcie stolca, ilość moczu mała, wychudzenie oraz zanik skutkiem wyniszczenia.

Rokowanie wogóle złe o ile nie pośpieszyć z pomocą operacyjną, choć Funkelstein podaje 3 przypadki wyzdrowienia samoistnego.

Rozpoznanie. Oczywiście ze względu na rzadkość choroby początkowo stawiamy rozpoznanie niestrawności, rozstrzeni żołądka skutkiem złego żywienia, nieżytu żołądka i kiszek. W każdym przypadku starać się należy wymacać guz; o ile go nie znajdziemy, ściśle zanalizować objawy, zwrócić uwagę na wczesne wystąpienie choroby (wkrótce po urodzeniu), na uporczywość wymiotów mimo uregulowania dyety, szybkie występowanie ich po jedzeniu, na zaparcie stolca bez wzdęcia, zmniejszoną ilość moczu i t. p., tylko bowiem drogą wykluczenia postawić można rozpoznanie.

Leczenie. Zwężenie oddźwiernika wogóle, a wrodzone w szczególności z trudnością poddaje się leczeniu: płukanie żołądka, elektryzacya, kąpiele i lawatywy dają tylko chwilowe polepszenie. Laparotomia u małych dzieci daje wynik ujemny. Chorzy Meltzera i Stern'a w wieku 6 tygodni do 2 miesięcy zmarli po laparotomii; mimo to W. Abel otrzymał wynik świetny (Münch. med. Woch. 1899) u 2 miesięcznego dziecka. Po otwarciu brzucha znaleziono żołądek olbrzymio rozszerzony, a oddźwiernik 4 cm gruby i 3 cm długi, po rezekcyi dokonano gastroenterostomii. Zapaść po operacyi zwalczono za pomocą wlewań surowicy sztucznej. (Porównaj: Melcer Med. Rec. 1898. Cautley Brit. med. Journ. 1898. Still Path. Soc. of London 1899).

J. Rak i mięsak żołądka.

W pierwszych latach życia rak żołądka należy do rzadkości, choć ogłoszono około 10 przypadków

przed 15 rokiem życia. Do najświeższych należy ogłoszony przez Finlayson'a przypadek (Brit. med. Jour. 1899) mięsaka pierwotnego u $3^1/_2$ letniego dziecka z szybkiem charłactwem i zejściem śmiertelnem. Thomas Williamson (London and Ed. Mont Journ. 1841), Culingwort (Brit. med. Journ. 1877), Kuhn (Lancet 1897) spostrzegali raki żołądka u noworodków i uważają je za wrodzone. Widerhofer (Jahr. f. Kid. T. II) u 60-dniowego niemowlęcia, a Ashby i Wright podają przypadek raka u 8 letniego dziecka, Moorc u 13 letniej dziewczynki, Jackson u 15 letniego chłopca. Ciekawe pod tym względem fakty zawiera praca W. Osler'a i Mac Crae (N. Y. med. Journ. 1900).

Guzy złośliwe żołądka, mięsaki i raki, rdzeniaki lub nabłoniaki umiejscawiają się u oddźwiernika lub wpustu i zwykle przebiegają skrycie. To też rozpoznanie za życia jest prawie niemożliwe. W końcu występują wymioty śluzowe, żółciowe lub krwawe oraz charłactwo, kończące się śmiercią. Niekiedy udaje się wyczuć guz, który bierzemy za guz otrzewny, śledziony lub nerki. Przebieg jest wogóle tem szybszy, im dziecko jest młodsze.

Leczenie czysto objawowe, operacyi w znanych dotąd przypadkach nie dokonywano. Przy rozpoznaniu wczesnem możnaby próbować w przypadkach z guzem ograniczonym zabiegów chirurgicznych.

ROZDZIAŁ V.

Choroby kiszek.

A. Biegunka i nieżyty kiszek.

Biegunka jest u niemowląt jedną z chorób najczęstszych i najgroźniejszych.

Przyczyny. Główną przyczyną biegunek zwykłych i zakaźnych ostrych i przewlekłych u niemowląt jest karmienie sztuczne. U dzieci karmionych piersią prawidłowo biegunki nie zdarzają się lub są lekkie. Przy karmieniu naturalnem zbyt obfitem lub częstem zdarzają się wprawdzie wymioty i biegunki, ustępują jednak po uregulowaniu karmienia szybko, nie są bowiem zakaźne, a pochodzą jedynie z przejedzenia. Lesage jednak opisuje przypadek zakażenia dziecka przez matkę, zakończony śmiercią śród objawów cholerycznych, jest to wypadek w każdym razie wyjątkowy i dowodzi zakażenia bezpośredniego, ale nie zatrucia mlekiem. Zębowanie bądź skutkiem odruchu, bądź też skutkiem nadmiernego karmienia (dzieci bowiem ssą nieustannie) może sprowadzić biegunkę. Nagłe odstawienie, nawet późne może wywołać biegunkę. Odstawienie w 15—18 miesiącu przy stopniowem przechodzeniu do pokarmów zwykłych nie wywołuje samo przez się biegunki, zdarza się ona przy odstawieniu zbyt wczesnem (6, 8 m.) lub też raptownem.

Pora roku odgrywa rolę ważną, biegunki u niemowląt zdarzają się najczęściej latem, ciepłota jednak powietrza odgrywa tu rolę pośrednią, wywołując fermentacyę mleka i innych pokarmów, w tym czasie bowiem dzieci, karmione piersią, nie chorują; według statystyki paryskiej liczba zgonów od biegunki dzieci sztucznie karmionych przewyższa znacznie liczbę dzieci karmionych piersią. Powiem więcej, dzieci karmione piersią nie umierają z biegunek, w większości bowiem przypadków, gdzie oznaczono karmienie naturalne, w rzeczywistości było mieszane.

Wogóle mówiąc biegunki u dzieci powstają prawie zawsze skutkiem karmienia sztucznego, cholera dziecięca czyli nieżyt choleryczny zdarza się u dzieci między 1 — 3 miesiącami, według Olivier'a śmiertelność dzieci rocznych jest nieco tylko mniejsza od 3 miesięcz-

nych skutkiem odstawiania w tym czasie. To też do przyczyn usposabiających zaliczyć należy pierwsze miesiące życia, okres odstawiania i upały letnie. Przyczyną wywołującą są drobnoustroje, z którymi zapoznamy się niebawem. Wobec tego bieliznę zwalaną w celu zniszczenia zarazków należy wyjaławiać.

Anatomia patologiczna. Zmiany w kiszkach nawet w przypadkach śmiertelnych są niewielkie, ograniczają się do przekrwienia w postaci punkcików, rozgałęzień, plam lub wybroczyn krwawych, obrzmienia kępek Peyer'a i grudek (psorenteria). Niekiedy gruczoły krezkowe są powiększone równocześnie ze śledzioną, trzustką i wątrobą. Ta ostatnia może uledz zwyrodnieniu tłuszczowemu mimo bardzo lekkich zmian zapalnych w kiszkach.

Wobec tego przedewszystkiem należy badać wydzieliny i stolce. Obok cząstek pokarmowych niestrawionych, kłaczków mleka, barwnika zielonego znajdujemy liczne drobnoustroje chorobotwórcze i odczyn kwaśny.

Biegunka zielona zdarza się głównie u niemowląt, po 2 latach rzadko, toż samo zresztą spostrzegamy u zwierząt. Zdarza się często w szpitalach i przytułkach i, zdaje się, udziela się przez powietrze. Sama przez się nie jest groźna, gdyż zieloność zależeć może od barwy, gorsze są nieraz biegunki bezbarwne, śluzowe lub żółciowe. Obok zmian w kiszkach cienkich znajdujemy zmiany w grubych oraz w żołądku, który bywa niekiedy rozszerzonym.

B. Bakteryologia nieżytów żołądkowo-kiszkowych u dzieci.

Damaschino i Clado (1884) oraz Lesage (1887) podawali jako przyczynę stolców zielonych drobnoustrój, który nazwali microbe de la diarrhée verte. Później nieco Lesage i inni przekonali się, że jest to las. okrężnicy, chwilowo barwotwórczy, Escherich (1885) znajdywał la-

secznika okrężnicy nawet w stolcach noworodków, karmionych piersią wraz z b. lactis aerogenes, który jest prawdopodobnie odmianą pierwszego. B. coli w warunkach zwykłych jest nieszkodliwy, w pewnych jednak razach nabiera złośliwości. Escherich dzieli w swych pracach zakażenia kiszkowe na 2 grupy: 1) zakażenia z zewnątrz (infectio exogenes); 2) wzmożenie złośliwości drobnoustrojów zwykle przebywających w kiszkach (inf. endogenes). Za przykład pierwszego można uważać nieżyt żołądkowo-kiszkowy paciorkowcowy. Booker (1887—1897) badając biegunki letnie wykrył w wypróżnieniach obecność prócz l. okrężnicy i b. lactis aerogenes — proteus vulgaris i paciorkowca, dzieli on: 1) na biegunki z niestrawności kwaśnej, zależne od b. coli comune, a wypadkowo od b. lactis; 2) nieżyt żołądkowo-kiszkowy zależny od proteus (zmiany anatomiczne małe, objawy choleryczne), 3) nieżyt żołądkowo-kiszkowy paciorkowcowy (owrzodzenia w kiszkach, zakażenia ogólne). Podział Bagińskiego z punktu widzenia anatomopatologicznego jest zbliżony, wątpliwą tylko rzeczą wydaje się lekarzowi berlińskiemu pochodzenie zakażenia w zewnątrz. B. coli, lactis, proteus i pyocyaneus znajdywał Baginsky i w kiszkach zdrowych, stać się one mogą chorobotwórczymi pod wpływem upałów i innych przyczyn.

W postaciach ostrych i ciężkich Lesage znajdywał głównie b. coli, który wytwarza jad bądź w kiszkach, bądź zewnątrz w mleku złem, sfermentowanem. Rzadziej według niego zakażenie zależy od tyrothrix i proteus. Według A. Czerny'ego wpływ drobnoustrojów poprzedza zwykle przekarmienie, wywołujące zatrucie kwaśne (nadmiar amoniaku w moczu), tę samą opinię w pewnym stopniu wypowiada Marfan. Różnice poglądów zależą od tego, że czynniki chorobotwórcze nie są wyosobnione dostatecznie bakteryologicznie. Zapoznajmy się z niemi:

1. B. coli i pokrewne mu (paracolibacilli) uważa Lesage za czynnik główny zakażeń kiszkowych, Fischl

zaś za drobnoustrój nieszkodliwy. Badanie mikroskopowe również nie daje odpowiedzi ostatecznej, znajdujemy bowiem tam różne rodzaje drobnoustrojów zarówno u dzieci zdrowych jak i chorych. Hodowle oraz szczepienia również nie posuwają sprawy. Zalecany przez Lesage'a odczyn surowiczy nie został stwierdzony przez Nobécourt'a, Escherich'a i Pfaundler'a. Wobec tego należało by napozór wykluczyć l. okrężnicy z rzędu drobnoustrojów chorobotwórczych, nie zapominajmy jednak, że nie przypisujemy mu bynajmniej tak swoistego i pierwotnego znaczenia w powstawaniu choroby jak l. Ebertha, ale rolę banalną i wtórną. L. okrężnicy wytwarza fermentacyę w pokarmach cukrowych i azotowych oraz przy wzmożeniu swej złośliwości jady istotne. Czerny, jak widzieliśmy, przypisuje sprawę zatruciu kwasami, jego uczeń Keller znajdywał nadmiar amoniaku w moczu dzięki wzmożonej samoobronie ustroju i zobojętnianiu kwasów przez amoniak tkanek. Wobec tego l. okrężnicy byłby tylko czynnikiem gnicia tak jak proteus vulgaris oraz inne drobnoustroje rozkładające białko i znajdujące się wypróżnieniach zasadowych. Jady l. okrężnicy, wytwarzane po za ustrojem, nie są zbyt silne: dla zabicia świnki morskiej wstrzyknąć należy znaczną ich ilość. Wogóle jady te nie są jeszcze zbadane dostatecznie. L. okrężnicy i pokrewne mu drobnoustroje za życia mogą dostać się do krwiobiegu przy uszkodzeniu kiszek i osłabieniu odporności ustroju, na tej drodze powstają zakażenia ogólne -- posocznica pochodzenia kiszkowego oraz zmiany w narządach odległych. Przez ściany kiszek zdrowe drobnoustroje dostać się do krwiobiegu nie mogą, wkroczenie w czasie konania drobnoustrojów kiszkowych do krwi nie zostało dowiedzione (Opitz), stąd też obecność l. okrężnicy w płynach lub tkankach ustroju uważać należy za objaw chorobowy (Marfan), a zatem wykrycie lasecznika w tkankach dziecka za życia przemawia za tem, że jest on przyczyną zmian odnośnych

(nieżyt płuc, zwątrobienie płuc, zapalenie strzewny). Niekiedy znajdujemy l. okrężnicy i we krwi. We wszystkich tych przypadkach posiada on własności zabójcze.

W postaciach przewlekłych nieżytu kiszek u niemowląt gruczoły krezkowe są zwykle powiększone, czerwone lub szare, a w zasianym ich soku znajdujemy l. okrężnicy (7 razy na 24—Marfan).

Czerny i Moser u niemowląt z nieżytem żołądkowo-kiszkowym znajdywał l. okrężnicy we krwi z palca 4 r. na 15 u trupów 2 na 18, Gaston i Renard oraz Thiercelin znajdywali go za życia w soku z płuc, otrzymanym przez przekłucie w przypadkach przekrwienia, nieżytu płuc, nieżytu duszącego pochodzenia kiszkowego, u trupów, znajdywali go w tych razach Lesage, Marfan, Nanu, Marot. Drobnoustrój dostał się do płuc z krwią lub limfą lub też przez oddechanie (Lesage). Po zatem znajdywano l. okrężnicy w wątrobie, śledzionie, osierdziu, oponach, kościach krzywicznych (E. Smanioto), nerkach, moczu (nieżyt pęcherza).

Z powyższego wynika, że ogólne zakażenie l. okrężnicy w przebiegu nieżytów żołądkowo-kiszkowych zdarzyć się może i zdarza się częściej w przebiegu nieżytu przewlekłego, niż ostrego, to też Marfan wypowiada zdanie, że drobnoustrój ten odgrywa rolę ważną w charłactwie żołądkowo-kiszkowem w połączeniu z zanikiem lub bez tego ostatniego.

Lesage i Heubner przypuszczają, że zakażenie l. okrężnicy pochodzić może z zewnątrz; w istocie w mleku znajdujemy go w ilości znacznej, nie zawsze jednak w stanie złośliwym, stąd mogą pochodzić epidemie w przytułkach; w każdym razie zakażanie z zewnątrz zdarza się rzadko.

2. Paciorkowce. Escherich i uczniowie jego opisywali nieżyty żołądkowo-kiszkowe, zależne od paciorkowca. Escherich rozróżnia str. brevis od gracilis. Nadmienić należy, że Marfan i Marot w 1893, Czerny i Moser

w 1894 r. znajdywali również paciorkowce w stolcach, toż samo da się powiedzieć o Booker'ze (1897), Escherich zaś i jego uczniowie Hirsch, Libman i Spiegelber (1897—1899) ze stolców i wymiocin krwi i moczu wyosobnili za życia, a ze ściany kiszek trzewiów po śmierci paciorkowca swoistego. W sokach i tkankach widzimy pod mikroskopem łańcuszki długie, złożone z 10 i więcej koków, lub też dwoinki. Hodowle udają się z trudnością, najlepiej jeszcze w bulionie ocukrzonym, dla królika i świnek drobnoustrój jest obojętny, natomiast u myszy białych wywołuje przekrwienie kiszek i obrzmienie torebek. Jest on nieco zbliżony do dwoinki zapalenia płuc i meningococcus intracellularis, Escherich dał mu nazwę streptoccuss enteritidis.

Nieżyt żołądka i kiszek u niemowląt jest poniekąd podobny do nieżytu torebkowego i śluzo błoniastego kiszek, klinicznie jednak różni się do pewnego stopnia, rozpoczyna się bowiem nagle, gorączką, wymiotami sennością. Escherich rozróżnia trzy postaci: 1) miejscową łagodną—zwykły nieżyt kiszek, 2) toksyczną z wymiotami, gorączką, wypróżnieniami śluzowemi i surowiczemi 3) zakaźną, najcięższą, gdy znajdujemy paciorkowce we krwi i moczu ropiastym, gdy wystąpi zapalenie płuc nieżytowe i t. p. Na zwłokach znajdujemy liczne paciorkowce w kiszkach w ilości zwiększającej się z góry na dół od dwunastnicy do kiszki biodrowej, gdzie w końcu znajdujemy czystą ich hodowlę, w ogniskach płucnych znajdujemy również kolonie paciorkowców.

Nieżyt paciorkowcowy zdarza się głównie na jesieni i zimą, jest zaraźliwy, występuje pierwotnie lub wtórnie, udziela się, prawdopodobnie, za pośrednictwem mleka. Rozpoznać go można przy badaniu wypróżnień. Leczenie: dyeta wodna i kalomel, przemywanie obfite kiszek słabym rostworem octanu ołowiu, wstrzykiwanie surowicy sztucznej, później kleik z mąki, tanningen i lawatywy z krochmalu. U krów występuje niekiedy pa-

ciorkowcowe zapalenie wymion, które może u dzieci wywołać nieżyt paciorkowcowy, nie należy jednak zapominać o pochodzeniu choroby z wewnątrz, rolę pewną w tym razie przypisać należy enterokokowi Thiercelin'a Badania Nobécourt'a (Journ. de phys. 1899) co do przyjmowania paciorkowców za przyczynę nieżytu należy zachować pewną ostrożność, gdyż drobnoustrój ten często przebywa w kiszkach dzieci zdrowych (8:10) i nie zawsze jest chorobotwórczym.

3. Gronkowiec ropotwórczy. Mleko karmicielek z ropieniem sutek zawiera ropę i gronkowca ropotwórczego, może więc wywołać nieżyt kiszek u niemowląt Tego rodzaju przypadek spostrzegał Karliński. Matka przechodziła gorączkę połogową, w mleku gronkowce białe i żółte i złote, dziecko zmarło po 10 dniach śród objawów nieżytu kiszek, zapalenia przyusznicy, opłucny i otrzewny; we krwi dziecka znaleziono trzy odmiany powyższe gronkowca, w otrzewnie zaś gronkowca białego. Czerny i Moser znaleźli gronkowca w 4 przypadkach na 15 nieżytów kiszek, Escherich znalazł wiele gronkowców złotych.

4. Często bardzo znajdujemy w wypróżnieniach l. ropy błękitnej; choroba wtedy może mieć przebieg ostry lub podostry zdarza się głównie w pierwszych miesiącach życia u niemowląt sztucznie karmionych, osłabionych krzywicą i przymiotem dziedzicznym.

Dzieci tego rodzaju już od urodzenia zdradzają trawienie upośledzone, wkrótce jednak objawy ulegają obostrzeniu, występuje biegunka, wymioty, wzdęcie brzucha, gorączka, wychudzenie gwałtowne. Wypróżnienia są płynne, zielone lub ochrowate, cuchnące, poczem występuje osłabienie ogólne, bladość twarzy, zapadanie oczu, wysoka gorączka. Trwa to krótko, gdyż niebawem zjawia się zamartwica i zapaść, którą niekiedy poprzedza wysypka petociowa i pęcherzycowa na tułowiu, brzuchu i udach z zawartością ropną lub krwawą. Cho-

roba ma zejście śmiertelne w ciągu 8—10 dni. W wypróżnieniach, w pęcherzach i krwi znajdujemy l. ropy błękitnej za życia, po śmierci w kępkach Payer'a. trzewiach, gruczołach krezkowych i we krwi serca; częstokroć w jamie nosogardzielowej i uchu środkowem znajdujemy ropę błękitną. Kossel znajdywał l. ropy błękitnej u 4 tygodniowego dziecka, Williams i Cameron u 7 tygodniowego, Lesage—10 miesięcznego, Bagiński w 4 wogóle, a Escherich w 2 przypadkach. Zakażenie następowało w zewnątrz przez kanał pokarmowy, stolce były zielono-niebieskie. Czerny i Moser w 1 przypadku na 15 znaleźli go we krwi.

5. Proteus vulgaris (prątek odmienny zwykły). Badając w 1887—1897 wypróżnienia w czasie biegunek letnich, Booker często znajdywał w nich prątki zwykłe Nieżyt przezeń wywołany cechuje się zmianami powierzchownemi, rzadko występowaniem owrzodzeń, objawy za to ogólne są ciężkie. Drobnoustrój ten znajdywali w wypróżnieniach Bagiński, Lesage i inni, rola jednak chorobotwórcza prątka dotąd nie została wyjaśniona.

6. Drobnoustroje, rozkładające białko i kazeinę (b. subtilis, mesentericus vulgatus, tyrothrix tenuis) zanieczyszczają mleko w czasie dojenia, zarodniki ich opierają się c. 100° C, nie giną więc przy gotowaniu. W mleku wywołują stwarożenie bez zakwaszenia, znajdujemy je często u dzieci karmionych sztucznie. W warunkach zwykłych drobnoustroje te nie są chorobotwórcze, stać się mogą jednak groźnemi w pewnych wypadkach, dotąd nie dość ściśle zbadanych, według Lesage'a i Winter'a drobnoustrój zbliżony do tyrothrix tenuis Duclaux wytwarza jad cholerotwórczy. Aczkolwiek drobnoustroje rozkładające białko przeważają we wszystkich przypadkach nieżytów kiszkowych, Spiegelberg nie przypisuje im roli poważnej, w każdym jednak razie rozkładają kazeinę i nie ograniczają się do peptonizacyi, ale wytwarzają leucynę, tyrozynę, amoniak, kwasy tłuszczo-

we drażniące kiszki i wzmagające nieżyt, ułatwiają nadto rozwój innych groźniejszych drobnoustrojów (Nobécourt).

7. Bac. enteritidis sporogenes jest beztlenowcem, znajdującym się w mleku, Klein znajdywał go w wypróżnieniach w czasie swoistej epidemii nieżytu kiszek.

8. Drożdże czerwone (saccharomyces ruber Demme) znajdywano zarówno w mleku, jak i w stolcach niemowląt, które używały takiego mleka.

9. Pierwotniaki. Epstein opisuje biegunki, zależne od ogoniastka jelitowego (monocercomonas intestinalis) i pełzaka okrężnicy (amoeba coli) skutkiem picia wody ze źródeł mętnych.

10. Skojarzenie drobnoustrojów. Rozróżniać należy spółistnienie od skojarzenia (Nobécourt). Skojarzenie l. okrężnicy z paciorkowcem l. ropy błękitnej, l. krezkowym i zwykłym (proteus) wzmaga złośliwość tych drobnoustrojów. Skojarzenia takie głównie spotykamy w nieżytach przewlekłych. Prócz skojarzeń złośliwych są i również i skojarzenia dla ustroju pożyteczne, w ten sposób, być może, oddziaływają drożdże piwne. Van Puteren w żołądku dzieci piersią karmionych znajdywał 241000 drobnoustrojów, u dzieci karmionych sztucznie 20 razy tyle.

Wnioski. Z powyższych badań wysnuć jasne i zgodne wnioski nie jest rzeczą łatwą. Możemy jednak stwierdzić: 1) że w powstawaniu nieżytu kiszek i żołądka u niemowląt zakażenie odgrywa rolę ważną i 2) że obok tego jednak w grę wchodzą inne czynniki. Przedewszystkiem więc zwrócić należy uwagę na złą przeróbkę pokarmów, to też niestrawność, przekarmianie i wczesne odstawienie, karmienie złem mlekiem zawsze jest wcześniejsze od zakażenia. Złe żywienie może wzmagać złośliwość drobnoustrojów, stale przebywających w kiszkach oraz być podłożem, wprowadzającem

drobnoustroje do kiszek. W ten właśnie sposób wypływa zakażenie z zewnątrz i z wewnątrz z niestrawności. Dopiero wtedy występuje zatrucie: jad z zewnątrz pochodzący, wytwarzanie jadów przez drobnoustroje kiszkowe, zwykłe fermentacye kiszkowe (kwasy, laktoza, feol, skatol, amoniak, siarkowodór z ciał azotowych). Zwrócić też należy uwagą na zmiany w śluzówce zaburzenia w wydzielaniu, napięciu, czuciu, ruchach, Bakteryologia nieżytów kiszkowych nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa, ale, odkrywszy jadowitość i złośliwość zakaźną zawartości kiszek, klinice i leczeniu oddała ważne usługi posłużyła bowiem za punkt wyjścia dla dyety wodnej i autyseptyki, dającej wyniki wyborne, na etyologię i pochodzenie, anatomię patologiczną rzuciła mniej światła niżby należało.

Przejdźmy teraz do opisu objawów.

Objawy. Początkowo biegunka u małych dzieci nie daje żadnych wskazówek co do przebiegu rokowania i zejścia. Złotawo żółte stolce stają się coraz płynniejszemi, obfitszemi, częstszemi i ciemniejszemi, płyn staje się niejednostajnym zielono szarym, w którym pływają skrzepy włóknika i pokarmów niestrawionych.

Wkrótce barwa wypróżnień przechodzi w zieloną. Odczyn wypróżnień prawie zawsze kwaśny, zapach silny kwaśny lub cuchnący, wypróżnień takich w ciągu doby bywa 6—20. Jednocześnie znajdujemy rozdęcie brzucha, obfite wiatry, stolce skutkiem przesycenia gazem są pieniste, skutkiem bólu brzucha dziecko krzyczy. Mocz skąpy, z chwilą zaś zwiększenia się częstości wypróżnień bezmocz. Chory uczuwa pragnienie nieznośne i pije wszystko, co ma pod ręką. Po 1—3 dniach biegunka ustaje lub też występuje zaparcie stolca, nawroty jednak zdarzają się często, szczególniej przy żywieniu nieodpowiedniem.

Dość kilkudniowej biegunki, aby dziecko z silnego i zdrowego wychudło i zwiędło, skóra staje się obwisłą, ciałko wiotczeje. Skutkiem działania żrącego kwaśnych i gnijących wypróżnień w około odbytu, na pośladkach, udach i częściach płciowych rozwija się rumień, rozpadliny, owrzodzenia i t. p.

Często w przebiegu biegunki występują bez widocznej przyczyny wymioty mlekiem, żółcią lub wodniste, jednocześnie wypróżnienia stają się śluzowe i wodniste, twarz chorego wyciąga się, oczy zapadają, i otoczone są obwódką siną, a jednocześnie ziębną kończyny i tętno staje się częstem, nitkowatem, małem, dziecię umiera wśród zapaści. Jest to obraz cholery dziecięcej.

Ale cholera dziecięca może zacząć się ostro u zdrowych przedtem dzieci wymiotami i coraz częstszymi wypróżnieniami początkowo zielonemi; poniżej wodzistemi, bezbarwnemi z odczynem kwaśnym, język suchy, pragnienie wzmożone, brzuch początkowo wzdęty, później zapadły, krzyk słabnie i głuchnie stopniowo. Zazwyczaj objawom tym towarzyszy silna gorączka, duszność, rzadziej drgawki, jednocześnie ze zwiększeniem ilości wypróżnień ciało więdnie, ciemiączka zapadają, kości czaszki jakby zachodzą na siebie. Zejście śmiertelne po 24—48 godzinach w 67%—80%.

Oczywiście obok tego rodzaju nadostrych i ostrych przypzdków zdarzają się i łagodniejsze. Wypróżnienia są śluzowe, zawierają nieco żółci, pokarmów zmienionych, śluzu, błon, krwi, wskazówek dyagnostycznych, stąd wyciągnąć nie można, opierać się należy jedynie na przebiegu.

Biegunki ostre mogą kończyć się śmiercią lub też kończyć się pomyślnie, pod ostre po największej części koszczą się dobrze, ale mogą uledz śmiertelnemu obostrzeniu, biegunki przewlekłe otwierają czesto wrota dla ciężkich powikłań (gruźlica kiszek, zapalenie otrzewny, ropień wątroby, posocznica).

Nieżyt kiszek nie zawsze przebiega z gorączką, przeciwnie często ciepłota jest zupełnie normalną, zdarzają się jednak przypadki z gorączką wysoką (40—41°), co daje bardzo złe rokowanie. Z pomiędzy zdarzających się w przebiegu nieżytu kiszek powikłań wyliczyć należy białkomocz, mocznicę (drgawki i śpiączka), drgawki, nieżyt płuc (Sevestre) wreszcie indykanuryę.

Rokowanie w biegunkach u dzieci zależy od wieku, pory roku, przyczyny (zębowanie, odstawienie, karmienie sztuczne) i stanu poprzedniego (krzywica, niestrawność). Im dziecko młodsze, tem rokowanie gorsze, przed 1 rokiem życia większość dzieci umiera z biegunek. Latem biegunki są groźniejsze, niż zimą, szczególniej u niemowląt, karmionych sztucznie. Dzieje się to dzięki temu, że latem mleko ulega prędzej fermentacyom skutkiem czego powstają jady, czego oczywiście nie bywa przy karmieniu piersią; to też w tym ostatnim razie bez względu na przyczynę rokowanie w biegunce jest zwykle dobre. Ciężkie natomiast biegunki wywołuje niekiedy odstawienie, szczególniej gdy dziecko jest zbyt młode, pora gorąca i odstawienie było gwałtowne, wreszcie dziecko osłabione skutkiem choroby przebytej, np. krzywicy, niestrawności przewlekłej, rozstrzeni żołądka łatwiej ulega zakażeniu, krzywica sama już przez się zresztą usposabia do biegunek z zejściem śmiertelnem.

Rozpoznanie biegunki jest rzeczą łatwą, trudniej odgadnąć jej istotę. Dziś już nie możemy ograniczać się do badań klinicznych, ale uciec się musimy do badania bakteryologicznego wypróżnień.

Biegunkę żółciową odróżnić łatwo, gdyż kropla kwasu azotnego puszczona na pieluszkę zwalaną da zabarwienie fioletowe i różowe, a papier lakmusowy czerwienieje. Na 98 przypadków biegunki zielonej Lesage w 1-szym miesiącu życia w 90 stwierdził żółć, w 8 zaś tylko drobnoustroje, biegunka żółciowa zdarza się u dzieci piersią karmionych często, natomiast zależna od dro-

bnoustrojów—rzadko, rozpoznajemy ją po tem, że kropla kwasu azotnego nie wywołuje zabarwienia, ale odbarwia stolce, a papierek lakmusowy pozostaje obojętnym lub czerwieni się słabo. W każdym razie nie należy wszystkich biegunek przed 2 rokiem życia przypisywać ząbkowaniu, w takim chyba razie, gdy biegunka występuje wraz z wyrzynaniem zęba i ustępuje skoro ząb już się wyrżnął, oraz gdy biegunka występuje okresowo przy wyrzynaniu każdego zęba. O ile dziecko jest źle żywione lub żywione sztucznie tam szukać przyczyn biegunki należy, odrzucając zębowanie na plan drugi, pamiętać bowiem należy, że czynniki biegunkotwórcze dostają się zwykle z zewnątrz z pokarmami.

Zapobieganie i leczenie. Z powyższego wynika i zapobieganie, które polegać winno na utrudnieniu dostępu do narządów trawienia czynnikom chorobotwórczym zakaźnym lub trującym; sprawę ułatwia karmienie naturalne, wystarcza bowiem wtedy zachowanie w czystości karmicielki, przestrzeganie, aby dziecko nie brało przedmiotów brudnych do ust, aby przed każdem karmieniem myć brodawkę. W tym samym celu przy karmieniu sztucznem zalecamy wyjaławianie pokarmów: filtrowanie i gotowanie wody, gotowanie mleka, wyjaławianie smoczków, nadto wzbraniamy zbyt wczesnego podawania pokarmów mącznych, zup, napojów fermentujących, gdyż przed rokiem dziecku wystarcza mleko. W czasie odstawiania stopniowo należy przechodzić do mleka, jaj, po 2 latach dopiero można pozwolić na mięso, wino, jarzyny i owoce, przedtem zaś należy dawać polewki, kluski na mleku i rosole, purée z jarzyn suchych, jaja, śmietankę, ser świeży, galaretę mięsną, kompoty i owoce. Zarówno czas podania pokarmów jak ich ilość ściśle unormować należy, również stosunek płynów do pokarmów stałych musi być normalny. Dziecko karmić należy 4 razy, ilość płynów nie powinna przekraczać 150—

200 grm. naraz, po każdem jedzeniu zaleca się spacer, 2—3 razy na tydzień kąpiel.

Dzieci z biegunką szczególniej w zakładach należy odosabniać, stolce ich zbierać w naczynia z 5% roztworem karbolu, 1‰ sublimatu, 5% siarczanu miedzi i chlorku cynku, pieluszki przed praniem należy zmoczyć w jednym z płynów powyższych lub wyjałowić w parze pod ciśnieniem, wyjałowienie zastąpić można wygotowaniem w wodzie.

Leczenie biegunek zależy od rodzaju biegunki i wieku dziecka. Zwykłe biegunki pokarmowe wymagają pewnego uregulowania dyety, a o ile to nie wystarcza, dajemy środki alkaliczne (woda wapienna, Vichy łyżeczkami w mleku), poczem środki ściągające (1—3 gm. bizmutu, 1 gr. rathaniae w ulepku gumowym). O ile środki powyższe zawiodą, stosujemy dyetę wodną, licząc więcej na zaspokojenie pragnienia, niż na żywienie: dajemy mleko rozcieńczone wodą ryżową lub białkową, niektórzy zalecają rosół pozbawiony tłuszczu, w ciężkich jednak wypadkach ograniczyć się należy do wody wyjałowionej na 1 lub $1/2$ dnia, dodając trochę koniaku, kroplę trae opii lub 20 kropel elix. paregoricus, w wymiotach dobre wyniki daje przepłukiwanie żołądka; przepłukiwanie obfite kiszek jest również wskazane. Dzieciom sztucznie karmionym należy zalecać znajdujące się w handlu mleko wyjałowione.

Lawatywy z krochmalu dziś straciły już zwolenników, gdyż zarzucają im, że wzmagają ruchy robaczkowe kiszek, niekiedy jednak lawatywy niezbyt obfite (50—100 grm.) osobliwie z opium, działają kojąco, w tym celu również zalecają obfite przemywania 3—4‰ ciepłym roztworem kwasu bornego.

W przypadkach ciężkich biegunek zakaźnych uciec się należy do kalomelu (0,05—0,1 w 3—4 dawkach), kwasu solnego (0,5 w 60 grm. syropu) lub mlecznego (2,0

w 100 grm. wody po łyżeczce po ssaniu). Hayem zaleca go w wielkich dawkach.

W biegunkach zielonych żółciowych lepiej podawać zasady, dzieciom starszym zalecamy środki przeciwgnilne: naftol, betol i benzonaftol; naftol podawać należy z wielką ilością cukru lub w granulkach po 1—1,5 grm. a u dzieci w 5 — 6-u dawkach, też same dawki dla dwu pozostałych środków.

W przypadkach groźnych przepłukujemy żołądek, stosujemy ciepłe kąpiele (30—35^0 C), kąpiele gorczyczne (50 grm. musztardy na kąpiel), Henoch zaleca kąpiele z rumianku 2 razy dziennie po 5—10 minut.

W okresie zamartwiczym do wdechania dajemy tlen, ogrzewamy dzieci butelkami z wodą gorącą, rozcieramy flanelą gorącą lub napojoną spirytusem kamforowym, wstrzykujemy $^1/_4$ spryczki eteru, a przedewszystkiem surowicę sztuczną.

W wymiotach dajemy napoje lodowe lub lód do łykania. Debove zaleca talk po 40 — 60 grm. pro die w mleku, szczególniej w biegunkach przewlekłych. Mięso surowe, dawniej używane, zarzucono z powodu obawy robaków, lepsze jest pod tym względem mięso baranie.

Dzieciom starszym w biegunkach na tle dny zalecamy wodę Plombière.

C. Posocznica ostra żołądkowo-kiszkowa u dzieci starszych.

U dzieci, odstawionych już oddawna, zdarzają się objawy podobne jak w cholerze dziecięcej, kończące się śmiercią.

Przyczyny. Usposobienie do cholery dziecięcej dzieci starsze nabywają skutkiem niestrawności ukrytej lub jawnej. Choroba zdarza się między 4 — 10 rokiem życia. Przyczyną bezpośrednią może być niestrawność, nadużycie napojów, owoców niedojrzałych, gorąca pora

roku. Choroba występuje sporadycznie i nie jest zaraźliwa. Jest samozatruciem ostrem, pochodzenia kiszkowego gdzie 1. okrężnicy odgrywa rolę wybitną.

Objawy. Choroba rozpoczyna się niestrawnością, występują bóle w brzuchu, wymioty, obfite wypróżnienia. Ciepłota normalna lub bardzo wysoka, wymioty początkowo pokarmowe, stopniowo przechodzą w śluzowe, żółciowe, czarne, stolce są co raz bardziej płynne i silnie cuchnące, ilość moczu natomiast zmniejsza się, w końcu bezmocz; śród tych objawów występuje zamartwica: tętno drobne, twarz wyciągnięta, kończyny zimne, głos słaby, zęby pokryte nalotem, po 36 — 48 godzinach stan rozpaczliwy. Choroba kończy się zejściem śmiertelnem. Rzadziej choroba trwa dłużej. Wyjątkowo zdarza się zejście pomyślne przy starannej i śpiesznej pomocy.

Rozpoznanie. W początkach rozpoznanie jest trudne, w każdym razie staranną zwracać należy uwagę na wywiady; prostą niestrawność wykluczyć łatwo na zasadzie przebiegu, otrucie ostre na zasadzie wymiotów, dalej wykluczyć należy cholerę azyatycką, dur brzuszny, gruźlicę kiszek, zapalenie opon, grypę i na zasadzie wykluczenia postawić rozpoznanie.

Leczenie. Dyeta wódna: woda czysta; lodowa, woda gazowa, potio Rivieri, przeciw wymiotom uporczywym przemywanie żołądka, przemywanie kiszek wodą przekroploną, lawatywy odżywcze z peptonu, mleka, żółtka dla podtrzymania sił dziecka. Obok tego stosować należy wstrzykiwania podskórne surowicy sztucznej (100—500 grm. w kilku dawkach). W czasie zapaści podskórnie eter, kofeina, sparteina, strychnina, olej kamforowy ogrzewanie chorych wodą gorącą i t. p.

D. Zaparcie stolca.

Zaparcie stolca, spotykane niekiedy u dzieci, może być chorobą lub też objawem.

Przyczyny. Zaparcie stolca może wystąpić już w pierwszych dniach życia, noworodki bowiem niekiedy nie wydalają smołki samoistnie, trzeba więc uciec się do środków czyszczących, zdarza się to jednak rzadko. Częściej znacznie zaparcie stolca jest wynikiem złego żywienia. Zbyt częste ssanie np. acz zazwyczaj wywołuje zwracanie i biegunkę, może jednak wywołać i zaparcie stolca. Częściej zaparcie pochodzi z braku pokarmu u matki, co łatwo stwierdzić się daje. Karmienie sztuczne wywołuje zwykle biegunkę, zdarza się jednak w tych razach i zaparcie stolca, jak to niejednokrotnie stwierdzić mogłem. U noworodków zaparcie stolca może być przyczyną lub następstwem rozpadliny odbytu. Najczęstszą przyczyną zaparcia stolca u dzieci starszych jest ogólna nerwowość, życie siedzące, zajęcia szkolne, nadmiar cukru w potrawach. Bardzo często zaparcie jest wynikiem nadużycia płynów, rozstrzeni żołądka, krzywicy i występuje wtedy naprzemian z biegunką. Zaparcie stolca może być wreszcie wrodzone, niekiedy dziedziczne, szczególniej w rodzinach dnawych. Hirschsprung, Mya i inni opisują rozszerzenie i przerost okrężnicy z zaparciem stolca, wzdęciem, wymiotami, często z zejściem śmiertelnem (Med. inf. 1894), Jacobi i Huber zaś opisują zaparcie wrodzone, zależne od nadmiernej długości okrężnicy i jej zagięć.

Objawy. Wypróżnienia noworodków z zaparciem są żółte, ale zbite, suche, niekiedy gliniaste i ziemiste, wychodzą z trudnością, zwykle przy pomocy; zaparcie trwać może 2 — 15 dni, a w przypadku Gevaërt'a (Chir. inf. Brux. 1895) nawet 45 dni. W przypadku tym brzuch był wielkości nadmiernej 95 cm. w obwodzie (chłopiec 7 letni); przezwyciężyć zaparcie udało się przy pomocy wlewań wody bornej (3—3½ litrów naraz), obwód brzucha spadł do 65 cm., stan ogólny nie ucierpiał wiele, ale powstała przepuklina.

Skutkiem zaparcia dziecko zazwyczaj uskarża się na bóle w brzuchu, sen zły, podniecenie ogólne i rozdra-

żnienie, a nawet zdarzyć się mogą drgawki. Brzuch jest zazwyczaj wzdęty, a w dole biodrowym lewym wyczuć można niekiedy kał. Wysiłek przy oddawaniu kału może spowodować wypadnięcie odbytnicy, a nawet jej wgłobienie, zaparcie wywołać również może przepuklinę pępkową, pachwinową, wypadnięcie odbytu, u dzieci starszych nadto bóle głowy, brak łaknienia, pragnienie, bezsenność, widziadła nocne. Bardzo często występują wysypki naskórne: potówka, pryszczyca, liszaj ostry, świerzbiączka, pokrzywka. U niemowląt zaparcie stolca może wywołać wymioty i zwracania po każdem ssaniu. Osobiście nawet u 3 letnich dzieci z nawykowem zaparciem stolca widziałem uporczywe wymioty, gorączkę (38,°5), które ustępowały po wywołaniu wypróżnienia za pomocą czopka glicerynowego.

Bardzo rzadko zaparcie stolca wywołuje poważniejsze zaburzenia w stanie ogólnym dzieci, wprost przeciwnie niż biegunka, nie wymaga więc tak energicznych środków.

Jednakowoż u dzieci starszych zaparcie kiszek może wywołać niedrożność kiszek, w przypadku Gaume'a (Rev. de mal de l'enf. 1886) u 12 letniej dziewczynki zmarłej skutkiem tego znaleziono wypełnienie zagięcia esowatego kałem, tworzącym guz w lewym dole biodrowym i rozstrzeń żołądka. Sprawą tą zajmował się szczegółowo dr. Demons (Congr. de chir. 1896). U 8 letniego chłopca stwierdzono np. guz, idący od mostka do łona, rozpoznano nowotwór, przy badaniu jednak odbytnicy stwierdzono obecność kału zbitego i za pomocą lawatyw wydobyto 800 grm. kału, w innym przypadku Tordeus'a zakończonym śmiertelnie u 17 miesięcznego dziecka znaleziono guz kałowy. Toż samo stwierdził Dubourg (Soc. de méd. et chir. de Bordeaux 1898) u 15 letniego chłopca, u którego znaleziono w okolicy podpępkowej guz wielkości 2 pięści, dokonano laparotomii i wydobyto 720 grm. zbitego kału; wyzdrowienie.

Leczenie. Przedewszystkiem należy uregulować dyetę, częstość ssania, dyetę karmicielki, przechadzkę, a u dzieci starszych ustosunkować należy ilość płynów; szczególniej u noworodków unikać należy tak często podawanych środków czyszczących, lepiej zalecać lawatywy z glyceryny (łyżeczka na 50—100 gm. płynu), czopki glicerynowe (0,5—1 gm. na czopek, czopki z masła kakaowego (2—3 cm.), mydlane i t. p. Dobre wyniki daje wprowadzenie zgłębnika miękkiego. Środki te wyżej stawiam od czyszczących oraz lawatyw obfitych, pierwsze bowiem drażnią żołądek i kiszki, wywołując biegunkę, drugie zaś rozszerzają okrężnicę i wywołują jej niedomogę. Dobrze natomiast działają małe lawatywki z gliceryny (4—5 gm.) Dzieciom starszym zalecamy dyetę rozwalniającą: mięso białe, jarzyny, owoce, chleb Grachama, mało cukru; w niedrożności kałowej, przemywania, jakto robił Demons.

E. Stolce czarne, krwawe.

Stolce zawierać mogą krew świeżą, zmieszaną z kałem lub też zmienioną, surowa krew jest czerwona i płynna, zmieniona staje się czarną, smołowatą.

Przyczyna. Rozróżniać należy stolce czarne u noworodków i dzieci starszych. U tych ostatnich, stolce czarne zdarzają się dość często i zależą od przekrwienia kiszek grubych i wywołanego skutkiem tego pęknięcia naczyń, stolce mogą być płynne lub twarde, stąd też krwawienie wikłać może zarówno biegunkę, jak i zaparcie stolca. U noworodków przyczyny są odmienne, wogóle stolce czarne zdarzają się w 1 wypadku na 1000 dzieci.

Krwotoki dzielimy na prawdziwe (krew pochodzi z żołądka lub kiszek) i rzekome krew z brodawki karmicielki lub jamy ustnej dziecka). Krwawienie występuje

w ciągu pierwszych 3 dni życia najpóźniej 15 dnia, zwykle po wydaleniu smołki, rzadziej przed smołką. Niekiedy krwawienie stoi w związku z owrzodzeniem żołądka lub dwunastnicy, w tych razach mogą stolcom czarnym towarzyszyć wymioty krwawe (Billard, Cruveilhier). Skoro oględziny zwłok nie wykryją tej przyczyny, należy podejrzewać wrodzone lub odziedziczone usposobienie lub skazę krwotoczną, czem zwykle objaśniamy krwawienia z kiszek, żołądka, pępka etc. u noworodków. Niekiedy przyczyną stolców czarnych jest zamartwica z przekrwieniem kiszek. U wstępnych dziecka częstokroć znajdujemy krwawców i przymiot. Klebs przypisuje krwotoki z kiszek posocznicy i opisuje znalezione przez siebie we krwi noworodków drobnoustroje, inni widzą przyczynę w zbyt szybkiem lub późnem podwiązaniu pępowiny. W ospie i zaniku niekiedy również występuje krwawienie z kiszek, według Landau'a krwawienie jest następstwem zakrzepu żyły pępkowej lub tętnicy oraz zatorów następczych w kiszkach, wywołujących owrzodzenia.

Anatomia patologiczna. Na 25 zwłok w 11 zmian żadnych nie dostrzeżono, 4 razy stwierdzono owrzodzenie dwunastnicy, 9 razy wrzody żołądka. Owrzodzenia były okrągłe i powierzchowne, najczęstszą więc przyczyną krwotoków kiszkowych u dzieci jest owrzodzenie śluzówki żołądka i dwunastnicy, nadto we wszystkich wypadkach stwierdzono niedokrewność kiszek. Nadmienić należy, że Buhl i Steiner przypuszczają ostre zwyrodnienie tłuszczowe naczyń,, co jednak dotąd pozostaje w sferze domysłów.

Objawy. Stolce czarne u noworodków zazwyczaj występują nagle i nieprzewidzianie. Skutkiem utraty krwi twarz noworodka blednie, niekiedy jednak brak tego objawu i dopiero przy zmianie pieluszek przekonywamy się o krwotoku, zależy to głównie od rozmiarów krwawienia kiszkowego. Krwotok obfity wywołuje bla-

dość twarzy, drgawki, podniecenie ogólne, wymioty; śluzówki bledną, kończyny ziębną, tętno nitkowate, oddech utrudniony, i nierówny, ciepłota spada, skóra nabiera odcienia wosku, krzyk dziecka słabnie. Na 76 przypadków w 35 stwierdzono tylko stolce czarne, w 11 wymioty krwawe, w 30 wymioty i stolce krwawe.

Krew w stolcach może być czerwona i płynna lub też czarna, skrzepła, często zbliżona do smołki, z którą może być zmieszana. Krwotoki powtarzać się mogą w ciągu 1—3 dni i dłużej. Niekiedy współcześnie z wymiotami i stolcami krwawymi wypływa krew i z pępka; w przebiegu krwotoku, zdarzyć się może żółtaczka; w tym ostatnim razie dziecko wkrótce słabnie pod wpływem krwotoków i umiera śród śpiączki. Wogóle bez względu na zejście choroba trwa zwykle około tygodnia, a zdrowienie jest powolne i ciężkie.

U dzieci starszych stolce czarne nie występują zazwyczaj nieoczekiwanie i przebiegają bez wymiotów krwawych. Zdarzają się u dzieci chorych z nieżytem kiszek i biegunką mniej lub więcej długotrwałą, krwotok nie bywa obfity. Krwawienie ogranicza się niekiedy do kilku pasm krwawych mniej lub więcej zmieszanych z kałem, który może być płynny lub zbity. Jak widzimy u dzieci starszych, ilość krwi w stolcu jest mała i życiu nie zagraża. O innych krwotokach, zależnych od plamicy, gorączek krwotocznych wspomniałem już w części pierwszej.

Rokowanie. Stolce czarne u noworodków są chorobą ciężką, śmiertelność wynosi 50%, u dzieci starszych rokowanie zależy od choroby zasadniczej, która wywołała krwawienie, większość moich przypadków przebiegała łagodnie, 2 przypadki wyzdrowienia z krwotoku kiszkowego u noworodków spostrzegał Rilliet. Townsend p. n. choroba krwotoczna noworodków (Arch. of Ped. 1894) podaje szereg przypadków krwotoków kiszkowych

z 62% śmiertelności; z zebranych przez niego 709 przypadków krwotoków z piśmiennictwa 79%· zakończyło się śmiercią. Townsend przypuszcza istnienie jakiejś ogólnej choroby zakaźnej, dowodów jednak na to brak dotąd.

Rozpoznanie. Wykrycie krwi w wypróżnieniach jest rzeczą łatwą, trudniej określić miejsce krwawienia tembardziej, że krew pochodzić może z krwotoku z nosa, nigdy więc nie należy zaniedbać dokładnego zbadania jamy ustnej i nosa.

Leczenie. Do wewnątrz w krwotoku kiszkowym u noworodków podajemy 5 kropel półtorachlorku żelaza w wodzie z cukrem, ergotynę po 0,5 gm. w 40 gm. wody, lód, koniak 5—10 gm. na dzień w mleku. Pozatem nacierać należy dziecko terpentyną, umieścić w cieplarce, a w razie potrzeby zastrzyknąć ergotynę lub surowicę z żelatyną pod skórę.

F. Zapalenie wyrostka robaczkowego.

Mellier w 1827 r. dał opis szczegółowy tej choroby i zalecił wycięcie wyrostka, Albers z Bonn w 1838 stworzył trwającą przez lat 60 teoryę zapalenia kątnicy. Dziś, dzięki pracom Reginalda Fitz'a, Matterstock'a, Kümmel'a, Sonnenburg'a, Mac Dougall'a, Roux'a, Maurin'a, Talamon'a, F. Brun'a, Ch. Mond'a i Vanverts'a, Legueu'a, Jalaguier'a i w in. zwyciężyła teorya Mellier'a, a chirurgia dowiodła ostatecznie, że zapalenie kątnicy i około tętnicze jest właściwie zapaleniem wyrostka robaczkowego, tu bowiem tylko znajdujemy zmiany w czasie operacyi. Niezależnie jednak od tego może zdarzać, się zapalenie kątnicy gruźlicze, durowe, rak kątnicy, zap. czerwonkowe, promienicze i t. p., ale sprawy te nic nie mają wspólnego ze ściśle określoną chorobą, nazywaną przedtem niesłusznie zapaleniem kątnicy.

Przyczyny i pochodzenie. Zapalenie wyrostka robacz-

kowego jest chorobą właściwą wiekowi dziecięcemu, rzadko występuje u niemowląt, częściej u dzieci starszych i młodzieży. Według danych Matterstok'a, Gordonowej i F. Brun'a w wieku 1—5 lat widziano 20 przypadków, od 5—10—8 od 10—15—88; choroba częściej zdarza się u chłopców (115 chłopców na 61 dziewcząt) Dieulafoy, Roux, Brun, Faisans pewną rolę przypisują dziedziczności, według Dieulafoy, ma tu odgrywać rolę poważną kamica dziedziczna, niewątpliwie jednak odgrywa rolę ważniejszą dziedziczność anatomiczna (zbyt długi-skrzywiony, zgięty i t. p. wyrostek).

Do przyczyn usposabiających zaliczyć wypada zaburzenia w trawieniu, zaparcie stolca, nieżyt śluzo-błoniąsty kiszek, przekarmianie, nadużycie mięsa i przypraw. Do rzędu przyczyn wywołujących zaliczamy niestrawność, urazy brzucha, przeziębienie, zmęczenie, wysiłki, choroby ostre (grypa, odra, zapalenie płuc, świnka). Jednorazowe przejście choroby usposabia do nawrotów. Usiłowano w czasach ostatnich zapalenie wzrostka uważać za chorobę zakaźną, nie wykazano jednak źródła zarazy. Początkowo przypisywano rolę ważną ciałom obcym, które znajdywano w 60% przypadków, 450 : 760 (Talamon), ciała te po największej części nie pochodzą z zewnątrz: są to przeważnie kamienie kiszkowe, a nie pestki i powstają na miejscu, a nie jak chciał Talamon, w katnicy (colique appendiculaire). Na 63 przypadki w 41 Rochaz znalazł pojedyńcze, w 22 liczne kamienie, jajowate, wydłużone nawarstwione. Według Talamon'a i Dieulafoy kamienie wywołać mogą zatkanie wyrostka, wytwarzając jamę zamkniętą, gdzie następuje wzmożenie złośliwości drobnoustrojów. F. Brun nie godzi się z tą teoryą, gdyż zakażenie nastąpić może i bez zatkania uprzedniego wyrostka, a przeciwnie zatkanie może nie wywołać zapalenia wyrostka. Utrzymywano, że kamień wywołuje owrzodzenie i przedziurawienie wyrostka, tego ostatniego jednak brak w 40°/₀ wypad-

ków (Legueu), a częstokroć przedziurawienie wyrostka występuje nie w miejscu, gdzie był kamień.

To też przedewszystkiem przy wyjaśnieniu pochodzenia omawianej choroby (Letulle, Brun) zwrócić należy uwagę na obfitość tkanki chłonnej siatkowej w wyrostku (amygdale abdominale Bland Sutton'a), która usposabia do zakażeń. Zapalenie wyrostka jest miejscowym nieżytem kiszek, a przebieg gwałtowny i ciężkość zależą od postaci narządu i ścisłego związku z otrzewną.

Wobec powyższego możemy zgrupować (Reclus) wszystkie odmiany zapalenia wyrostka, jak następuje 1) zapalenie z przyczyn miejscowych (złogi, skręcenie, zwężenie) 2) następcze skutkiem chorób przewodu pokarmowego 3) z przyczyn ogólnych.

Anatomia patologiczna. W początku wyrostek jest zgrubiały, nacieczony, twardy, siny, na przekroju widzimy zgrubiałą śluzówkę, usianą wybroczynami, owrzodzoną, błona mięsna silne nacieczona, często z zawartością ropną; wkrótce występują ogniska zgorzelinowe, a zatem i przedziurawienie, częściowe odcięcie narządu. Przedziurawienie zdarza się w 3:4 przypadków na wolnym końcu lub też w jego najbliższej okolicy.

Wyrostek jest zniekształcony, zwężony i miejscami rozszerzony, tworząc torbiele, badania zaś drobnowidzowe wskazują na rozlane zapalenie torebek. Nacieczenie drobnokomórkowe otaczające torebki ciągnie się po przez warstwę mięsną aż do otrzewny (zapalenie naczyń chłonnych obwodowe opisane przez Letulle'a, Pilliet'a i Siredey'a). Następstwem powyższych zmian nieżytowych jest owrzodzenie skutkiem rozszerzenia torebek i opróżnienie ropni, zgorzel, przedziurawienie i zniszczenie wyrostka. We wszystkich prawie przypadkach otaczająca otrzewna jest jest również żajęta (periappendicitis), zwykle (3:4), zapalenie jest ograniczone skutkiem wytworzenia się zrostów z kątnicą, okrężnicą, odgraniczających tę okolicę od całej otrzewny; w ten sposób

powstała jama wypełniona jest często rudawą płynną cuchnącą ropą. Wytworzony w ten sposób ropień może być przedkątniczy, w miednicy przedprostniczy, o ile wyrostek jest długi, podpępkowy lub przypęcherzowy, a nawet wytworzyć się po stronie biodrowej lewej (18 przyp. Monod'a i Vanvers'a); po zatem mogą rozwijać się ropnie zakątnicze, zaokrężnicze i podwątrobowe.

Zapalenie otrzewny może być ropnem rozlaniem lub też zogniskowanem w kilku miejscach, może być posoczniczem bez błon rzekomych i ropy, znajdujemy wtedy nieco płynu mętnego (Jalaguier), a za życia brak wzdęcia.

W przewlekłem zapaleniu wyrostka narząd jest znacznie powiększony, twardy, nierówny, zawiera ropę, śluzoropę, wysięk surowiczy lub kamienie, częstokroć brak w niem światła skutkiem zapalenia zlepnego. Pod drobnowidzem znajdujemy przerost gruczołów i torebek, stwardnienie podśluzówki i przerost bł. mięsnej, niekiedy stwardnienie wszystkich warstw wyrostka.

Badania bakteryologiczne Maccaigne'a i Monod'a oraz Achard'a dowiodły, że najczęściej spotykamy l. okrężnicy w towarzystwie paciorkowca, według Veillon'a i Zubera również i beztlenowce, czem tłomaczy się cuchnienie i zgorzel.

Objawy. Rozróżniamy 5 oddzielnych postaci klinicznych.

1. Zwykłe zapalenie wyrostka robaczkowego bez przedziurawienia i zapalenia otrzewy, odpowiadającego kolce wyrostka Talamon'a rozpoczyna się nagle bólem (jakoby od strzału—Roux) w dole biodrowym prawym pośrodku linii, idącej od pępka do kości biodrowej przedniej górnej (punkt Mac Bourney'a), wymioty zwykle nieznaczne. Objawy powyższe poprzedza niekiedy niestrawność, osłabienie ogólne, brak łaknienia, zaparcie stolca; gorączka w tym czasie jest mała (38—38.5%)

Po 1—2 dniach ból ustaje, ale może wrócić po dniach paru. Przy wymacywaniu w dole biodrowym

stwierdzić możemy pewne napięcie, ale guza nie znajdujemy.

2) Zapalenie wyrostka z ograniczonem zapaleniem otrzewny, z ropieniem około wyrostka odpowiada dawniejszemu zapaleniu kątnicy i około kątniczemu. Choroba rozpoczyna się bólami w brzuchu, gorączką, wymiotami, jak niestrawność ostra, ale z gorączką wysoką (39°—40, tętno 120—130). Po 24—36 godzinach w dole biodrowym stwierdzić można już guz. Język obłożony, stolec zaparty. Po kilku dniach polepszenie, guz jednak trwa, a po przecięciu znajdujemy w nim ropę. Ropień może wessać się samoistnie lub też opróżnić się do kątnicy, odbytnicy, pochwy, wreszcie do otrzewny; niekiedy nad wątrobą przebija się przez przeponę do opłucny. Następstwem choroby może być ropne zapalenie miedniczki i przyusznica na drodze przerzutowej.

3) Zap. wyrostka z rozlanem ropnem zap. otrzewny cechuje się silnymi bólami rozlanymi, wymiotami, czkawką, uporczywem zaparciem oraz wzdęciem utrudniającem zbadanie dołu biodrowego, ilość moczu skąpa, tętno częste i małe, twarz wyciągnięta, ciepłota nie zawsze wysoka, często niższa od normy; śmierć dziecka następuje po 5—6 dniach lub też sprawa może się ograniczyć otorbić i przejść w postać opisaną pod N. 2.

4) Zap. wyrostka z zap. posocznicz em otrzewny najcięższa z dotąd rozpatrzonych postaci rozpoczyna się wymiotami, biegunką, twarz ziemista, tętno częste, ciepłota niska, wdęcia brzucha i bolesności brak, śmierć po 1—2 dniach choroby.

5) Przewlekłe zapalenie wyrostka z ciągłymi obostrzeniami i nawrotami, bólami rozsianemi, utrudniającymi chodzenie; groza wisi nad dzieckiem stale skutkiem obostrzeń.

Nawroty choroby są częste (w 25%), to też rokowanie jest złe i gorsze u dzieci, niż u dorosłych, częściej bowiem kończy się zapaleniem otrzewny,

a statystyka chirurgów wcale nie jest zachęcająca. Na 122 przypadki Gordonówny i F. Brun'a 84 zakończyło się wyzdrowieniem, ale nadmienić należy, że w ręce chirurgów dostają się zwykle przypadki ciężkie. Zresztą rokowanie zależy od postaci choroby, zwykłe zapalenie i zapalenie otorbione kończy się dobrze, zapalenie rozlane ropne otrzewny jest groźnę, a posocznicze zawsze śmiertelne.

Rozpoznanie w postaciach klasycznych jest łatwe, trudne tylko w przebiegających nietypowo. U dzieci nietrzeba wykluczać kolki nerkowej i wątrobnej, natomiast zapalenie torebkowe kiszek, bóle w zapaleniu płuc i opłucny, bóle lędźwiowe i biodrowe i nerwoból biodrowy. Skoro wyczujemy guz, wykluczyć należy ropień okołonerkowy, guzy nerki, zapalenie gruźlicze otrzewny, zapalenie ropne opłucny, ropień wątroby. Przy jednoczesnem zapaleniu otrzewny wykluczyć wypadnie niedrożność kiszek, przedziurawienie żołądka lub kiszek, zapalenie dwoinkowe i gonokokowe otrzewny. Wystąpienie bolesności po stronie lewej wymaga szczególnej uwagi. W postaciach z dłuższym nieokreślonym początkiem choroby wykluczyć należy nieżyt żołądka, grypę, dur, niestrawność i t. p. Według Revilliod'a (Soc. méd. des hôp. 1897) w przebiegu choroby rozwija się azoturia (40—50 grm. azotu) niezależna od pożywienia i gorączki, której brak w innych cierpieniach tej okolicy. Zasadę ogólną przyjąć należy, aby we wszelkich przypadkach wątpliwych nie zapominać o możliwości zapalenia wyrostka.

Leczenie. Mimo coraz częściej rozpowszechniającej się metody chirurgicznej leczenia rozpatrzeć musimy i leczenie wewnętrzne.

1. Leczenie wewnętrzne. Unikać środków czyszczących i lawatyw oraz środków odciągających. Leżenie w łóżku na wznak, lód na brzuch, dyeta bezwzględna (parę łyżeczek mleka, wody lub rosołu), makowiec w małych dawkach (0,01 extr. opii na dobę i rok

życia, 0,001 grm. morfiny pod skórę). Jeżeli po 48 godz. nieustąpi gorączka, tętno staje się szybszem, a stan ogólny gorszym, nie zwlekać z zabiegiem chirurgicznym; wszyscy jednak chirurdzy operujący dzieci (Jalaguier, Brun, Broca, Roux, Kirmisson i in.) radzą czekać i chętniej operują na zimno po przejściu okresu ostrego t. po 6 tygodniach. Dla podtrzymania sił wobec dyety bezwzględnej zalecają wstrzykiwanie surowicy sztucznej (200 grm. na dobę).

2. Leczenie chirurgiczne. W postaciach otorbionych, cięcie równolegle do wiązu Poupart'a 10 — 15 cm długości pod chloroformem, poczem uważnie iść należy warstwami. Po otwarciu ropnia nie przemywając założyć sączek; skoro znajdziemy wyrostek wyciąć go należy, ale poszukiwań nie robić. Zagojenie po 3 tygodniach, dla uniknięcia przepukliny nosić pasek. W rozlanem zapaleniu otrzewny cięcie po smudze białej i przemycie otrzewny wodą przegotowaną.

Rodzi się pytanie czy po wyzdrowieniu dla operacyi należy oczekiwać nawrotu. Według nowszych poglądów chirurgów czekać nie należy, ale operować na zimno po upływie 5—6 tygodni. O ile wyzdrowienie jest zupełne, można jednak czekać, ale gdy bóle, pewna trudność przy chodzeniu trwają, operować należy bezwarunkowo zaraz.

G. Gruźlica przewodu pokarmowego.

Gruźlica przewodu pokarmowego zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, rzadziej bowiem u dzieci rozwija się gruźlica rozpadowa płuc, a co zatem idzie rzadziej dostaje się do przewodu pokarmowego plwocina zakażona, która jest źródłem najczęstszem gruźlicy przewodu. Gruźlica jest w tym razie dziedziczna i prawie zawsze wtórna.

1. Gruźlica jamy ustnej i gardzieli. Tu

najczęściej umiejscawia się gruźlica w języku i gardzieli, pierwsza zdarza się bardzo rzadko, przebieg ma taki, jak i u dorosłych; niedawno u 5-cio-letniej dziewczynki równocześnie z gruźlicą prawego wierzchołka płuc spostrzegałem owrzodzenie na grzbiecie języka, powierzchowne, o zarysach nierównych, ze ściętymi brzegami, dnem żółtawem, usianem ziarnkami, z przytępionem czuciem.

Gruźlica gardzieli może być jawną lub skrytą, przeważnie w migdałach, po zatem tu zaliczyć wypada wyrośla gruczolakowe, ziarniste zapalenie gardzieli i t. p. Isambert (Soc. méd. des. hôp. 76), opisuje przypadek pierwotnej prosówki gardzieli, na brzegu wolnym podniebienia miękiego i łuków znalazł owrzodzenia z wyraźnemi ziarenkami, przypominającemi ikrę, z obwódką czerwoną; języczek na połowę zniszczony, w gardzieli śluz gęsty. Guinon (Soc. de péd. 1900) spostrzegał gruźlicę serowatą języczka i okolic. Postać ta gruźlicy jest ciężka, wkrótce wywołuje gruźlicę ogólną z zejściem śmiertelnem.

2. G r u ź l i c a ż o ł ą d k a u dzieci zdarza się rzadko, występuje w postaci ziarniny i owrzodzeń licznych, a klinicznie przebiega z wymiotami, bólami, wymiotami krwawemi i biegunką. W przypadku Roger'a (Soc. anat. 1853) u chłopca 6 i pół letniego, zmarłego z krwotoku żołądka. znaleziono na dnie owrzodzenie okrągłe oraz liczne gruzełki w żołądku, kiszkach, otrzewnie i gruczołach. Podobny przypadek w 1878 roku podał Talamon: dziewczynka zmarła śród wymiotów i biegunki, w płucach znaleziono parę ognisk serowatych, żołądek był rozszerzony, a na jego śluzówce znaleziono liczne wrzody gruźlicze, równocześnie zaś gruźlicę kiszek.

W trzeciem spostrzeżeniu Cazin'a (Soc. méd. des hôp. 1880), 10 i pół letnia dziewczynka zmarła śród wymiotów krwawych i objawów zapalenia otrzewny; w płucach nieco ognisk zwapniałych, w otrzewnie strzępy i płyn surowiczo-ropny, w żołądku przy wpuście owrzodzenie

okrągłe z gruzełkami na dnie, na około wrzodu liczne gruzełki.

Na 30 dzieci gruźliczych, od 4 m. — 2 lat, 3 razy znalazłem na zwłokach owrzodzenia gruźlicze, stąd wnoszę, że gdyby badano uważniej, przestano by uważać gruźlicę żołądka u dzieci za wielką rzadkość.

3. G r u ź l i c a k i s z e k należy do chorób pospolitych w każdym wieku, rzadziej natomiast zdarza się u niemowląt, niż u dzieci starszych, choć na 30 zwłok dzieci gruźliczych od 4—24 m. znalazłem ją w 8-u przypadkach. Laseczník gruźliczy dostać się może do kiszek przez krew, z ogniska w otrzewnie i przez połykanie. Ostatnia ta droga jest najczęstszą. Dziecko zaraża się pokarmami lub też, co bywa najczęściej, połkniętą plwociną własną, gruźlica więc kiszek jest sprawą wtórną. Raz tylko jeden widziałem gruźlicę kiszek bez gruźlicy płuc.

Gruźlica kiszek występuje w postaci gruzełków i owrzodzeń, pierwsze spotykamy głównie w prosówce ostrej. Owrzodzenia umiejscawiają się w końcu kiszki cienkiej, są okrągłe lub o nierównych zarysach, często obrączkowe i zajmują $^3/_4$ lub cały obwód kiszki. Dość często znajdujemy owrzodzenia w kątnicy i wyrostku, powodują one tu zapalenia i przedziurawienia. Równocześnie z owrzodzeniami występuje zapalenie dróg chłonnych i gruczołów krezkowych. Gruźlica kątnicy przebiega pod postacią guza w prawym dole biodrowym, jest to przerostowe zapalenie kątnicy ze zgrubieniem ścian.

Objawy gruźlicy kiszek nie są znamienne, stąd też często rozpoznajemy je dopiero na zwłokach; do najczęstszych objawów należy biegunka cuchnąca z domieszką krwi, biegunka sprowadza szybko charłactwo; w wypróżnieniach znajdujemy l. Kocha.

Leczenie jest trudne, wobec niepewności rozpoznania. Jak w każdej zresztą biegunce zalecamy środki ściągające i przeciwgnilne: bismut, benzonaftol, talk; niekie-

dy dobrze robią pigułki z siekanego mięsa surowego. Poza tem dyeta mleczna i pokarmy tarte.

H. Suchoty krezkowe. Gruźlica gruczołów krezkowych.

Szukając pilnie, niemal w każdym przypadku gruźlicy płuc lub opon, znaleźć możemy gruzełki w gruczołach krezkowych, Rilliet i Barthez suchoty krezkowe stwierdzili u połowy dzieci gruźliczych, przeważają jednak w 1 : 16 przypadków. Wynika z tego, że suchoty kreskowe są względnie rzadkie, a moje własne spostrzeżenia potwierdzają to w zupełności. Bardzo często przyprowadzają mi dzieci z rozpoznaniem suchot krezkowych, u większości jednak mamy do czynienia z krzywicą, w której trzewia brzuszne są rozwinięte nadmiernie, ale gruczoły krezkowe są zdrowe. To też dawniej lekarze często popełniali omyłkę, biorąc krzywicę za suchoty krezkowe, była to odmiana bezbolesna, oraz gruźlicę otrzewny za suchoty krezkowe bolesne. Oto przyczyna dlaczego tak często rozpoznawano suchoty krezkowe, podczas, gdy te ostatnie są rzadkością, i zwykle towarzyszą gruźlicy kiszek. W tych razach wyraźnie widzimy, że gruczoły zaotrzewnowe łączą się smugami białemi z kiszkami, otrzewna jest wtedy zdrowa zazwyczaj: gruźlica jej rzadko towarzyszy suchotom krezkowym.

Anatomia patalogiczna. Gruczoły tworzą guzy mniejsze lub większe, okrągłe, kształtu orzecha, kasztana, jajowate i t. p. Na przekroju znajdujemy gruzełki szare, żółte, prosowate lub też masy serowate, gruczoły mogą uledz zwapnieniu i na tej drodze możliwe jest wyzdrowienie. Po za tem gruczoły mogą uledz zropieniu i opróżnić się do otrzewny, kiszek lub na zewnątrz. Gruźlica może przejść na otrzewnę i cały ustrój.

Przyczyny. Gruczoły krezkowe są tem dla kiszek, co gruczoły śródpiersiowe dla płuc; gruźlica gruczołów

nigdy nie bywa pierwotną, ale zawsze wtórną, gruźlica kiszek jest wtórną skutkiem połykania plwociny gruźliczej. Wyjątkowo tylko gruźlica kiszek i gruczołów krezkowych może być wtórną przy karmieniu dziecka mlekiem surowem krów perliczych, osobiście jednak faktów podobnych nie spotykałem, gdyż we wszystkich wypadkach równocześnie znajdywałem zmiany w płucach dalej posunięte, niż w kiszkach i gruczołach krezkowych.

Objawy. Gruźlica gruczołów krezkowych przebiega skrycie i znajdujemy ją dopiero na zwłokach, brzuch jest zapadnięty, słabo rozwinięty, niekiedy spłaszczony. W wyjątkowych wypadkach gruczoły ulegają znacznemu powiększeniu, tworząc guzy twarde, okrągłe, wyraźnie wyczuwalne, w tych razach brzuch jest wielki, rzadko jednak w początkach czujemy chełbotanie, gdyż dopiero później, gdy rozwinie się charłactwo, występuje puchlina brzuszna i obrzęki uciskowe kończyn dolnych, dziecko w tym czasie chudnie, mizernieje, gorączkuje i miewa biegunkę. Objawy te zresztą zależą raczej od nieżytu kiszek, niż od suchot krezkowych. Przy suchotach krezkowych wogóle stan ogólny zdrowia jest dobry i wyzdrowienie, acz rzadko, jest możliwe.

Rozpoznanie. W większości przypadków rozpoznanie stawiamy na stole sekcyjnym. Zawsze przedewszystkiem wykluczyć należy puchlinę gruźliczą brzucha, i krzywicę; obecność gruzów w brzuchu przemawia za suchotami krezkowemi. W wyjątkowych wypadkach gruźlica gruczołów tworzy guz ograniczony, zbliżony do torbieli jajników. Beatson (Brit. méd. Journ. 1898) wyciął guz gruźliczy wielkości orzecha laskowego u 4 letniego dziecka, które wyzdrowiało.

Leczenie miejscowe polega na stosowaniu środków odciągających: nalewki jodowej, wezykatoryi, wcierań jodowych, okładów z 5$^0/_0$ chlorku amonu, lub wody słonej. Do wewnątrz zalecamy tran, syrop jodo-garbnikowy,

nadto kąpiele morskie i solanki. Zabiegi chirurgiczne stosujemy rzadko.

I. Nieżyt śluzo-błoniasty.

Nieżyt śluzowo-błoniasty okrężnicy cechuje się częstymi nawrotami i wypróżnieniami śluzowemi, błoniastemi, rzadziej ropnemi i krwawemi; przebiega z gorączką lub bez niej. Niemcy zwą go nieżytem torebkowym (follicularis).

Przyczyny. Choroba przeważnie zdarza się u dzieci po odstawieniu, skutkiem przeciążenia pokarmami, przeziębienia, swoistego zakażenia lub zapalenia gruczołów. (Triboulet adénoïdite). Najbardziej sprzyjającą porą roku według Hutinel'a jest koniec lata. U wstępnych zazwyczaj mamy skazę moczanową: dnę, kamicę, otyłość, główną wszakże przyczyną jest pożywienie nieodpowiednie: karmienie sztuczne, przekarmianie, zbyt wczesne podawanie mięsa, nadużycie płynów.

Przy badaniu chorych stwierdzić mogłem równocześnie niestrawność, rozstrzeń żołądka, zaparcie stolca, rzadziej krzywicę, w nielicznych przypadkach sprawa występowała równocześnie u kilku członków danej rodziny, co mogłoby przemawiać za zakaźnem pochodzeniem choroby.

Anatomia patologiczna. Henoch znalazł w przypadku nieżytu torebkowego u 2-letniego chłopca zapalenie w kiszce biodrowej i okrężnicy: przekrwienie i obrzęk śluzówki, owrzodzenia grudek; pod drobnowidzem: nacieczenie śluzówki, grudek i kępek drobnokomórkowe, złuszczenie śluzówki na znacznej przestrzeni.

Wypróżnienia są pieniste, zawierają śluz, podobny do białka kurzego lub plwociny, błony śluzowate, włóknikowate, ropę i krew. Przy badaniu bliższem znajdujemy w nich b. i cz. ciałka krwi, komórki nabłonka, liczne dro-

bnoustroje, śród których rolę główną odgrywa l. okrężnicy łącznie z paciorkowcem (Echerich, Hutinel), Finkelstein (Berlin, med. Geselsch. 1897) znajdywał dwoinki swoiste, Baginsky jednak nie potwierdził tego. Niedawno Thiercelin p. n. entero coccus (Soc. de, biol. 1899), opisał dwoinkę złośliwą, zbliżoną do dwoinki zapalenia opon: ,,Jest ona czynnikiem chorobotwórczym dla nieżytu śluzowo-błoniastego ostrego u dzieci i dorosłych i wywołuje zapalenie wyrostka".

Objawy. W przebiegu choroby mamy dłuższe przerwy oraz napady ostre. Rozróżniamy 2 postaci kliniczne: nieżyt śluzowo-błoniasty ostry, gorączkowy, toksyczny (enter. follicularis) niemowląt oraz nieżyt śluzo-błoniasty dzieci starszych, łagodny, bezgorączkowy, zbliżony przebiegiem do choroby u dorosłych, który jednak (Mathieu) może mieć niekiedy przebieg ostry i zakaźny.

Napad. Raptem bez żadnych powodów lub po okresie zwiastunów (bladość, smutek, brak łaknienia, obłożenie języka, oddech cuchnący) występują bóle w brzuchu i parcie na stolec, początkowo wypróżnienia są twarde, później płynne zielone z domieszką piany, śluzu, śluzoropy, silnie cuchnące, w następnych znaleźć możemy smugi krwi oraz, błony rurkowate, obręczkowate, nitkowate, podobne do ścięgien, glist lub solitera. W moim przypadku w wypróżnieniach 5-letniego dziecka wraz z Galliard'em znaleźliśmy błonę rzekomą, 30 cm. długości. Wypróżnianie bywa bolesne, z wydymaniem i parciem oraz parciem na mocz. Mocz skąpy, mętny, niekiedy bezmocz, może również wystąpić nieżyt pęcherza i białkomocz.

Twarz w czasie napadu—blada, ziemista, wyciągnięta, kończyny zimne, tętno małe i złe, oddech utrudniony, skłonność do zamartwicy i zapaści wyraźna. Język obłożony, suchy, spieczony jak w durze. W tym okresie może zdażyć się podniecenie ogólne, bredzenie, bezsenność, niekiedy z objawami zapalenia opon (Marfan). Ciepłota 39—40°. Do powyższego dodać należy występowanie rumienia

płonicowatego lub odrowatego, co na mylne co do rozpoznania naprowadzić może wnioski, szczególniej gdy współcześnie mamy nieżyt spojówki, nosa i gardzieli (przyp. Galliard'a).

Po upływie 5—8 dni objawy łagodnieją, stolce stopniowo rzadsze i coraz normalniejsze, gorączka spada, łaknienie wraca i dziecko zdrowieje.

Okres międzynapadowy. Po napadzie stan dobry trwa kilka miesięcy, rzadziej sprawa kończy się jednym napadem. Po szeregu takich napadów dziecko zupełnie wraca do zdrowia lub też rozwija się nieżyt śluzobłoniasty przewlekły jak u dorosłych, szczególniej u kobiet. W nieżycie przewlekłym zdarza się i kamica kiszkowa. (p. niżej).

W większości przypadków w okresie napadu lub w przerwach brzuch jest miękki, nie wzdęty, podatny do badania. Przy obmacywaniu w lewym boku wyczuwamy sznur mięki, jakby z gumy, odpowiadający okrężnicy zstępującej, a w nim twardy i zbity kał.

Rokowanie zazwyczaj dobre, wyjątkowo zejście śmiertelne. Na stan ogólny choroba wpływa źle, wywołując bladość, niedokrwistość i osłabienie. Dzięki temu, dzieciom takim grożą liczne choroby: zapalenie otrzewny, gruźlica, zapalenie opon, drgawki, cholera dziecięca, zapalenie wyrostka. U niemowląt choroba jest groźna, u dzieci starszych nie, napady z wiekiem są coraz rzadsze i łagodniejsze.

Rozpoznanie niekiedy nastręcza pewne trudności, odróżniać należy chorobę od cholery dziecięcej, biegunki krwawej, co oprzeć można na badaniu kału. W dyzenteryi ilość krwi jest znaczna, dur brzuszny wykluczamy za pomocą odczynu aglutynacyjnego. Badając ściśle wypróżnienia, wykluczymy również wszelkie wysypki oraz zapalenie opon mózgowych.

Leczenie. Wskazania zapobiegawcze polegają na od-

powiedniem żywieniu dzieci: karmienie naturalne, późne i stopniowe odstawienie etc.

W czasie napadu pomimo silnego pragnienia zachować należy ścisłą dyetę: woda z mlekiem w małych ilościach, mleko ośle, a ssawców karmić rzadko. W wysokiej gorączce kąpiele letnie (20-30° R.) 5—10 m., 2—3 razy dziennie, okłady rozmiękczające na brzuch, kalomel po 0,02—0,03 w 3—4 dawkach na dzień.

W razie zapaści wstrzykiwania podskórne surowicy sztucznej (0,7°/$_{00}$ roztwór soli kuchennej) o ciepłocie 38° po 50—100 grm. na raz kilkakrotnie na dobę.

Dobrze robią lawatywy głębokie z kwasu bornego (2°/$_{00}$) rano i wieczór po $^1/_4$ litra naraz.

Po napadzie, dyeta ścisła: unikać mięsa, pokarmów słodkich, kwaśnych, korzennych, surowizn, wskazane; mleko, polewki mączne; brzuch obwijać ciepło flanelką, do wewnątrz: natr. bicarb. magnesia usta, benzonaftol aa 0,15 —0,2, pubr. nuc. vom. 0,01. Przeciw zaparciu czopki lub lawatywy glicerynowe. Wody mineralne: solanki. [Autor nie wspomina o wybornym środku Fleiner'a: lawatywach z oliwy ciepłej, w tej właśnie chorobie działają one przewybornie. Zwykle stosuję u dzieci pół szklanki naraz u dorosłych szklankę początkowo co dzień, później co 2, 3 i 4 dni. Przyp. tłom.].

I. Kamica kiszkowa.

Badając dokładnie wypróżnienia dzieci, dotkniętych nieżytem śluzo-błoniastym, przesiewając i przemywając je starannie, niejednokrotnie znajdujemy w nich piasek z kiszek pochodzący. Występuje on głównie u osobników obarczonych dziedzicznie skazą moczanową (Dieulafoy, Mathieu i in.), otyłością u łakomców. Kamicę kiszkową należy zaliczyć do tej samej kategoryi, co i kamicę nerkową i żółciową, najczęściej zdarza się przy nawrotach na-

padów nieżytu śluzo-błoniastego, ale wystąpić może w niestrawności skutkiem niedomogi żołądka, w roztrzeni żołądka i przekrwieniu wątroby. Piasek kiszkowy ma barwę brunatną i według Berlioz'a ma skład następujący: tłuszczów 3,5%, związków organicznych innych 45,22%, soli 51,28%, mianowicie wapnia 26,85 kwasu fosforowego 23, 32%.

Dla ilustracyi podaję poniżej dwa spostrzeżenia Dieulafoy.

1. Czteroletnia dziewczynka, pochodząca z rodziców ze skazą moczanową, w 2-im roku życia miewała napady wymiotów z gorączką, w 2 i pół roku przy obfitszem pożywieniu azotowem napady trwały dłużej i wywoływały wysypkę swędzącą; towarzyszyły im bóle w brzuchu, biegunka cuchnąca z obfitem wydzielaniem śluzu i błon. Po napadach w wypróżnieniach pokrytych śluzem znaleziono piasek brunatny. W marcu 1876 roku objawy ze strony płuc i opłucny, biegunka cuchnąca i śluzowa mimo dyety mlecznej oraz obfite wydalanie z kałem piasku, który odtąd bardzo często spotkać można w wypróżnieniach.

2. 13-letni chłopiec od roku uskarża się na bóle wzdłuż okrężnicy zstępującej. Przed trzema miesiącami zauważono napady przestankowe, po których w wypróżnieniach znajdywano piasek i kamienie oraz śluz i błony. Bóle ograniczały się wyłącznie do dołu biodrowego i boku lewego, natężenie ich takie jak kolki nerkowej, czas trwania od kilku godzin do 24 g. i dłużej.

Osobiście spostrzegałem przypadek podobny u 8-letniego dziecka, które oddawna już miewało napady nieżytu śluzo błoniastego; w przypadku tym wydzielał się piasek brunatny. W czasie napadów brzuch był bolesny, bóle rozprzestrzeniały się na lędźwie i na brzuch cały, wzmagając się przy każdem dotknięciu brzucha; napady występowały mimo dyety mlecznej.

Rozpoznanie opiera się jedynie tylko na ścisłem badaniu wypróżnień i przesiewaniu ich przez gęste sito, w ten

sposób wykluczyć można kolkę nerkową, wątrobianą i wyrostkową. Leczenie takież same jak w skazie moczanowej i w nieżycie śluzo-błoniastym (potrawy roślinne, za napój woda, ćwiczenia ciała, środki zasadowe).

K. Biegunka krwawa. Czerwonka.

Biegunka krwawa jest chorobą zakaźną i zaraźliwą, wywołującą zapalenie owrzadzające kiszki grubej z parciem i stolcami krwawymi.

Przyczyny. Choroba występuje nagminnie lub sporadycznie, jest pierwotna lub wtórna, jeżeli dziecko przedtem było już chore. Biegunka krwawa zdarza się w każdym wieku, częściej wszakże u niemowląt oraz u dzieci w wieku przejściowym. Na 84 przyp. Barthez i Sanné widzieli w wieku 2—3 lat—26, 4—5—15, 6—10 18, od 11—14—21. Szczególniej na niebezpieczeństwo wystawione są dzieci białych pod zwrotnikami, wogóle biegunka krwawa panuje zwykle latem.

W podniebiu umiarkowanem epidemie zdarzają się bardzo rzadko, często natomiast w krajach gorących, gdzie równocześnie panują z zimnicą, która, wyniszczając ustrój, przygotowuje go do zarażenia czerwonką. Nawroty choroby są częste, gdyż dyzenterya nie nadaje odporności.

Do przyczyn bezpośrednio wywołujących chorobę, zaliczyć wypada przedewszystkiem złe żywienie, nadużycie owoców, pokarmów niestrawnych, wody nieczystej, pozatem rolę główną odgrywa zarażenie przez nieczystą bieliznę, brudne nocniki, wypróżnienia, pył powietrzny i t. p. Chantemesse i Widal, badając wypróżnienia, w 5 przypadkach znaleźli krótkie 4—5 μ. laseczniki małym obdarzone ruchem, z zaokrąglonymi końcami. Normand i Bavay opisali mątwiki kałowe (anguillula stercoralis) 1 mm. długości i 30—40 μ. szerokości, inni za przyczy-

nę czerwonki podawali pełzaka okrężnicy Loesch'a, długości 20—50 μ. który może wydłużyć się do 60 μ. Dotąd jednak sprawa ta stoi otworem—drobnoustroju biegunki krwawej nie znamy.

Anatomia patologiczna. Zmiany chorobowe głównie umiejscawiają się w okrężnicy, ślózówka jej staje się brunatną, nierówną, obnażoną z nabłonka, na powierzchni jej wyróżniamy stwardnienia obok miejsc rozmiękłych. Torebki są zgrubiałe i wystają nad powierzchnią, na śluzówce znajdujemy liczne owrzodzenia, okrągłe, ze ściętymi brzegami lub szerokie nieregularne, pokryte rozpadem, jedne z nich zajmują warstwy powierzchowne, inne drążą wgłąb i mogą powodować przedziurawienie kiszek. Zmiany powyższe znajdujemy niekiedy na całej przestrzeni kiszek grubych, większe w dolnej, niż w górnej ich części. Obok tych zmian spostrzegano niekiedy wybroczyny krwawe i wylewy krwawe pod śluzówką. W kiszkach grubych znajdujemy mieszaninę śluzu, krwi, ropy, płaty nabłonka złuszczonego, cząstki zmartwiałych tkanek, etc. W kiszkach cienkich zmiany nieznaczne; zaczerwienienie oraz obrzęk kępek Peyer'a. Gruczoły krezkowe powiększone i przekrwione, wątroba powiększona, tłuszczowo zwyrodniała, niekiedy zawiera ropnie.

Objawy. Choroba rozpoczyna się gwałtownie lub też powoli, w ostatnim tym wypadku poprzedza ją biegunka długotrwała, w pierwszym odrazu mamy bóle, stolce krwawe, parcie i zły stan ogólny. Na szczycie choroby ilość wypróżnień jest znaczna (20—40 na dobę), stolce są najprzód kałowe, później śluzowe, ropne, czerwone. Ilość krwi w wypróżnieniach waha się w znacznych granicach, krew może być zmieszana ze śluzem lub czysta. Później wypróżnienia składają się z niekształtnych części wstążkowatych, nieprzezroczystych, brudnych, cuchnących, lub też przypominają barwą i postacią mięso siekane. Zdarza się również obfite wydzielanie ropy. Z chwilą, gdy nastąpi polepszenie, stolce stają się

żółciowe, parcie słabsze i bóle są znośniejsze. Na szczycie choroby bóle zazwyczaj są bardzo silne, a parcie tak uporczywe i bolesne, że chorzy jęczą i krzyczą, skurcz odbytnicy przenosi się i na pęcherz wywołując parcie na mocz. W przypadkach bardzo ciężkich odbyt jest otwarty, czerwony, krwią pokryty, niekiedy rozwija się wypadnięcie odbytu.

Przy badaniu znajdujemy bolesność wzdłuż okrężnicy, skóra gorąca skutkiem gorączki, tętno częste, wymioty. Przebieg choroby może być cięższy lub łagodniejszy, nadmienić jednak wypada, że niekiedy objawy są tak ciężkie, iż rysy twarzy wyciągają się, skóra schnie i staje się ziemistą i dziecko wpada w okres zamartwiczy.

Śmierć występuje szybko lub choroba ma przebieg przewlekły, zdrowienie następuje powoli i objawy nieżytu kiszek trwać mogą całymi tygodniami, grożąc w każdej chwili nawrotem.

Opisywano postaci ostre, żółciowe, gośćcowe, przestankowe, przewlekłe. Choroba trwa rozmaicie, od tygodnia do 50 dni, oczywiście postać nagminna jest o wiele cięższa.

Rozpoznanie. Przy rozpoznaniu wykluczyć należy inne biegunki: nieżytową, śluzo-błoniastą, wypadnięcie i ukleje odbytu, gruźlicę kiszek i t. p.

Leczenie. Jako środek zapobiegawczy zalecić picie dobrej wody filtrowanej lub gotowanej. Przeciw parciu opium do wewnątrz lub w lawatywach. Po zatem kalomel po 0,01 co godzina, inf. ipeca (1—2 gm. na 200 wody): pulv. Doweri, kalomel z opium, przemywanie kiszek, lawatywy z lapisu, kąpiele, kataplazmy.

L. Mięsaki kiszek.

Pomimo rzadkości guzów złośliwych kiszek u dzieci, Ablon (Thése Paris 1898) zebrał 10 sostrzeżeń tego rodzaju.

Przyczyny mięsaków nie są nam znane, wiele faktów przemawia za pasorzytniczem ich pochodzeniem, ale pasorzyt jest dotąd nieznany. Choroba występuje w różnym wieku, może być nawet wrodzoną, to też spotykamy ją i u niemowląt. Ablon spostrzegał mięsaka u 11-letniej dziewczynki, Sigel (Berl. Kl. Woch. 1899) u 3 i pół letniego chłopca. Zwykle, jeśli nie zawsze, mięsak kiszek występuje pierwotnie.

Anatomia patologiczna. Guz składa się z komórek okrągłych, zarodkowych, wtłoczonych w podkład łącznotkankowy, to też nazwa fibroma embryonalis ma swą podstawę. Mięsak umiejscawia się głównie w dolnej części kiszek cienkich, spotykano go jednak i w odcinku górnym (Siegel) oraz w dolnej części dwunastnicy (Ablon).

Guz ma zwykle postać brodawki obrączkowej ze zgrubieniem i rozszerzeniem jelita w danem miejscu, gruczoły krezkowe są powiększone i twarde, sprawa może wtórnie przejść na sieć, wątrobę, nerki i trzustkę.

Punktem wyjścia guza jest tkanka podśluzówkowa, prawdopodobnie naczynia chłonne, na zwłokach jednak punktu wyjścia oznaczyć nie można, cała bowiem ściana kiszki zajęta jest przez komórki zarodkowe.

Objawy czynnościowe są różne, naprzemian mamy biegunkę i zaparcie lub też coraz bardziej posuwające się charłactwo, z nieustanną żółtaczką (Ablon). Mogą również wystąpić: kolka, bóle, napadowe brzucha samoistne lub po jedzeniu. Brzuch może być wielki, bez śladu puchliny, co stoi w wyraźnej sprzeczności z wychudzeniem ogólnem. Pępek niekiedy wystaje, żyły brzuszne są rozszerzone, a w wielu wypadkach znajdujemy obrzęk nóg. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwamy guz w okolicy kątnicy (Siegel), w boku prawym lub lewym, w nadpępczu lub okolicy biodrowej. Guzy są okrągłe lub o kształtach nieprawidłowych rozgałęzione, nad guzem często wypukujemy odgłos tępy. W połowie przypadków guz bywa ruchomy, wyjątkowo następuje skręcenie. Rzadko bardzo guz

jest ruchomy przy oddechaniu, zato widzimy często ruchy robaczkowe. Guz rośnie względnie szybko i może dosięgnąć wielkości orzecha kokosowego. Przy badaniu przez odbyt, czego nie należy nigdy zaniedbywać, znajdujemy w miednicy guz nieruchomy. Wątroba może być powiększona, stwierdzano również zapalenie opłucny, duszność, zaburzenia w oddechaniu.

Z postępem choroby stolce stają się cuchnące i często zmieszane z ropą i krwią, oraz strzępami śluzu, w tym czasie często zdarzają się wymioty. Wyniszczenie ogólne postępuje coraz więcej, chory chudnie, blednie i umiera skutkiem charłactwa w ciągu kilku miesięcy; w przypadku mięsaka wrodzonego dziecię zmarło po 17 dniach, w innych po 4—10 miesiącach. Rokowanie jest bardzo złe.

Rozpoznanie. Wobec guza w brzuchu z objawami niedrożności kiszek, należy wykluczyć wgłobienie, niedrożność kałową, przerostowe gruźlicze zapalenie kątnicy oraz guzy macicy i jajników. Wobec żółtaczki trudności rozpoznawcze są jeszcze większe, w przypadku Ablon'a rozpoznano początkowo żółtaczkę nieżytową, później marskość zimniczą.

Leczenie wewnętrzne bezskuteczne, należy więc wcześnie uciec się do operacyi. W przypadku Siegel'a wycięto 30 cm. jelita z guzem, chory zmarł w trzy tygodnie skutkiem przerzutów.

M. Wgłobienie kiszek.

Śród różnych postaci niedrożności kiszek najczęściej u dzieci zdarza się wgłobienie, tę więc tylko postać opiszę.

Przyczyny. Choroba zdarza się najczęściej w pierwszym roku życia, częściej u chłopców, niż dziewcząt. Przyczyną główną jest złe żywienie i następczy nieżyt ki-

szek, przyczyną przypadkową mogą być urazy i wysiłki, przyczyny usposabiającej szukać należy w osłabieniu umięsienia kiszek grubych oraz więzów w dołach biodrowych.

Anatomia patologiczna. Wgłobienie znajdujemy zazwyczaj w kiszkach grubych, znajdywane zaś na trupach wgłobienie kiszek cienkich, jest objawem trupim. Po otwarciu brzucha znajdujemy obrzęk i rozszerzenie splotów kiszek, usunąwszy kiszki cienkie, szukamy kątnicy, okrężnicy wstępującej i poprzecznicy i nie znajdujemy ich, kiszka cienka bezpośrednio przechodzi w zagięcie esowate. To też w lewym dole biodrowym znajdujemy guz, który jest kiszką wgłobioną, guz jest miękki, siny; pociągając za koniec górny, możemy wyciągnąć całą kiszkę, o ile po dłuższem trwaniu choroby nie utworzyły się zrosty. Powierzchnia wewnętrzna kiszki wgłobionej jest miękka, czerwona, usiana śluzem, nacieczona krwią, i niekiedy owrzodzona. Ściany kiszek mogą być zgrubiałe i zmartwiałe.

U dzieci starszych po 5 latach wgłobienie może nastąpić jak u dorosłych i w kiszkach cienkich; choroba wtedy trwa dłużej, część wgłobiona uledz może zgorzeli, oddzielić się, pozostawiając zwężenie lub przedziurawienie.

objawy. Choroba rozpoczyna się nagle wymiotami ciągłemi, dzieci początkowo wymiotują mleko, później żółć, niekiedy kał. Wkrótce występuje wyczerpanie ogólne, zapaść, która w ciągu dni paru zakończyć się może śmiercią. Nie zawsze, jak to bywa u dorosłych, stolce są zaparte, przeciwnie, dziecko często w niewielkiej ilości oddaje kał krwawy, krwotok niekiedy bywa obfity, poczem wychodzą masy cuchnące i zgorzelinowe. Krwotok jest objawem uwięźnięcia kiszek. Po kilku dniach w stolcach znaleźć można cząstki ścian kiszek.

Brzuch nie bywa wzdęty, jak u dorosłych, brak bowiem niedrożności bezwzględnej dla gazów i kału, obma-

cywanie niebolesne i niekiedy pozwala na wykrycie w lewym dole biodrowym obecności guza wydłużonego na miejscu wgłobienia, guz jest jajowaty, bolesny na ucisk, daje odgłos opukowy tępy. Rzadziej udaje się wyczuć guz przy badaniu przez odbyt, a niekiedy guz wystaje w odbycie. Dzieci cierpią, uskarżają się na bóle, parcie i krzyczą bezustannie, jednocześnie występuje podniecenie ogólne, a czasem i drgawki, większość umiera śród śpiączki, oczywiście nie brak i twarzy Hyppokratesa, wydłużenia rysów twarzy, zapadnięcia oczu, oziębienia kończyn.

Przebieg choroby niejednakowy: początek gwałtowny, choroba rozpoczyna się wymiotami, krzykiem lub drgawkami, wymioty trwają 3—4 dni, tętno jest słabe, szybkie, dziecko umiera śród śpiączki. W przypadkach pomyślnych, wymioty słabsze, stolce są coraz normalniejsze, łaknienie wraca. U dzieci starszych wyzdrowienie nastąpić może po oddzieleniu się kiszki wgłobionej, niektórzy chorzy oddawali z kałem 15 cm.—1 m. kiszki. Ale możliwe są nawroty. Śmierć nastąpić może skutkiem przedziurawienia kiszki i rozlanego zapalenia otrzewny. O ile wyzdrowienie nastąpiło po oddzieleniu się kiszki wgłobionej powstać może zwężenie kiszki, które na długie lata pozostawia po sobie wyniszczenie ogólne. Przy niezupełnem zamknięciu światła skutkiem wgłobienia choroba ma przebieg przewlekły śród objawów zwężenia kiszek.

Rozpoznanie prawie zawsze jest trudne, opierać się należy na objawach fizykalnych (guz, stolce krwawe, wypadnięcie odbytu), których jednak brak niekiedy. Krwotoki kiszkowe nie posiadają bezwzględnego znaczenia rozpoznawczego, mogą bowiem wystąpić samoistnie lub też jako objaw biegunki krwawej. Rozpoznanie opierać się musi na dokładnym rozbiorze objawów, a nadto należy mieć na uwadzę cholerę dziecięcą, zapalenie otrzewny i wyrostka robaczkowego.

Rokowanie. Choroba ciężka, tem cięższa, im dziecko jest młodsze, niemowlęta giną po kilku dniach, star-

sze po oddzieleniu kiszki wgłobionej zdrowieją, pozostają jednak objawy następcze (zwężenie kiszki).

Leczenie. Użycie środków czyszczących—przeciwwskazane, natomiast wskazane są środki narkotyczne (1—3 kr. tra opii w lawatywach, 0,001—0,002 grm. morfiny pod skórę, 0,5 gm. chloru). Próbowano powoli i ostrożnie, wtłaczać powietrze do kiszek przez głębnik, wstrzykiwano również potio Rivieri lub też wodę selcerską z syfona. Środki te oraz lawatywy elektryczne dawały niekiedy wyniki zadawalające (Boudet), próbować można również płukania żołądka.

Ostatecznym środkiem jest laparotomia i według statystyki Wiggin'a, opartej na 103 przypadkach (Med. Rec. 1898) na 39 dzieci, leczonych wdmuchiwaniami oraz lawatywami było 16 wyzdrowień (41$^0/_0$), zabiegu dokonywano w ciągu pierwszych 48 godzin, w 23 przypadkach, zakończonych śmiercią, wiek średni 5 miesięcy, czas dokonania zabiegu — 69 godzin. Na 64 przypadki, w których dokonano laparotomii było 21 wyzdrowień (32,8$^0/_0$) wiek dzieci, które uratowano 6 i pół miesiąca, zabiegu średnio dokonywano w ciągu 48 godzin. Biorąc pod uwagę postępy chirurgii twierdzić można, że odsetka wyzdrowień po operacyi w ciągu pierwszych 48 godzin wyniesie 78$^0/_0$.

N. Wypadnięcie odbytnicy.

Wypadnięcie odbytnicy jest nader częstym objawem u dzieci, zazwyczaj wypada jedynie śluzówka, rzadziej mamy do czynienia z istotnem wgłobieniem odbytnicy w odbyt, stąd też, acz w słabszym stopniu co do rokowania, wypadnięcie odbytnicy jest zbliżone do wgłobienia.

Przyczyny. Wypadnięcie odbytnicy zdarza się najczęściej u dzieci w ciągu pierwszych lat 5-ciu. Powstawaniu choroby sprzyja nawykowe zaparcie stolca, upor-

czywe wydymanie, najczęściej jednak choroba występuje po biegunkach i czerwonce, dzięki częstym wypróżnieniom, lub przewlekłemu zapaleniu śluzówki i wywołanemu skutkiem tego osłabieniu zwieracza. Szczególniej często spotykamy chorobę w krzywicy, po krztuścu, według Henoch'a w kamieniach pęcherza moczowego; wypadnięcie odbytnicy wreszcie wywołać mogą polipy odbytnicy.

Objawy. Wypadnięcie zazwyczaj nie wywołuje bólów, ani też objawów ogólnych, jest czysto miejscowem cierpieniem. W czasie wypróżnienia widzimy w odbycie obrączkę różową, walcowatą, pokrytą śluzem i krwawiącą, z otworem pośrodku. Brzegi tej obrączki zlewają się ze skórą, która zaciska się wokoło. Rzadziej wypada część większa kiszki i zwiesza się z odbytu na 10—15 cm., nie ulega wtedy wątpliwości, że mamy do czynienia z wgłobieniem górnej części odbytnicy. Guz w większości wypadków można odprowadzić z łatwością, bardzo rzadko odprowadzenie jest utrudnione lub zgoła niemożliwe; zdarzały się też przypadki zgorzeli, skutkiem uwięźnięcia odbytnicy, w tych razach występują i objawy ogólne uwięźnięcia i ból miejscowy.

Po odprowadzeniu odbytnicy nawroty są bardzo częste, tem częstsze, im częściej dziecko zmuszone jest się wypróżniać. Choroba skutkiem tego trwać może latami, z wiekiem jednak i ogólnem wzmaganiem się sił dziecka choroba ustępuje samoistnie, i w wyjątkowych jedynie wypadkach wymaga zabiegów chirurgicznych.

Rozpoznanie jest łatwe.

Leczenie. Pierwszem wskazaniem jest odprowadzenie guza, w tym celu nasmarowujemy cienką chusteczkę wazeliną i kwasem bornym i z dołu ku górze uciskany na obrączkę, w razie gdy się to nie uda odrazu, opuszczamy główkę dziecka ku dołowi, a pośladki podnosimy ku górze i powtarzamy ucisk, zakładając następnie opaskę w postaci T.

W celu zapobiegawczym należy leczyć wszelkie bie-

gunki i zaparcie stolca; dziecko skłonne do wypadnięcia kiszki winno stolec oddawać leżący, a jeżeli siada na nocniku, nóżki powinno mieć podniesione. Dla wzmocnienia zwieraczy należy stosować lawatywy lub czopki z ratanhia (2—4 gm.), a w wypadkach uporczywych wstrzykiwania ergotyny w okolice zwieracza, strychninę stosować należy bardzo ostrożnie. Dobre wyniki daje elektryzacya, w każdym jednak razie przerwszeństwo oddać należy metodzie wyczekującej, która daje wyniki najlepsze.

W przypadkach wyjątkowych uciec się należy do zabiegów chirurgicznych, w słabym stopniu choroby stosujemy termokauter, skutkiem czego tworzy się obrączka bliznowata, w cięższych przypadkach, osobliwie tam, gdzie mamy uwięźnięcie, należy rezekować; jeżeli zwieracz utracił napięcie, stosujemy operacye autoplastyczne.

O. Polipy odbytnicy.

Polipy odbytnicy są guzami niezłośliwymi na szypule, wyrastającymi ze śluzówki. Badania bliższe nad nimi zawdzięczamy Stolz'owi, Gigon'owi i Bourgeois'owi.

Przyczyny. Polipy występują zarówno u niemowląt jak i dzieci starszych, często u członków jednej rodziny, jednakowo często u chłopców i dziewcząt. Pochodzenie ich przypisywano uporczywemu zaparciu stolca; biegunkom, wreszcie wszelkiego rodzaju podrażnieniu śluzówki, być może, że robaki odgrywają tu pewną rolę.

Anatomia patologiczna. Wymiary guzów są zwykle małe: wielkość orzecha, wiśni, jaja kurzego. Guz jest czerwony, gładki, zrazowaty, wisi zawsze na okrągłej dłuższej lub krótszej szypule unaczynionej, z wyraźnem niekiedy tętnieniem. Polipy zazwyczaj umiejscawiają się na tylnej ścianie odbytnicy, powyżej zwieracza, kilka cm. pod odbytem, skupienie może być twarde lub miękie. Polip rozwija się z tkanki gruczołowej lub też ma bu-

dowę śluzówki lub mięśniaka, najczęściej składa się z 3 tych tkanek, stąd też rozróżniamy gruczolaki, gruczolako-włókniaki, mięśniaki, włókniako-mięśniaki, chłoniaki i t. p. Jak zwykle gruczolak jest przerosłym gruczołem, zwykły gruczoł rurkowaty przeistacza się w zrazowy (Félizet i Branca). Polip może uledz zanikowi i odpaść, długotrwający polip wywołuje zapalenie odbytnicy, wypadnięcie odbytnicy, wgłobienie oraz krwotoki.

Objawy. Polip odbytnicy początkowo nie daje objawów żadnych, później dopiero wywołuje swędzenie i bóle podczas oddawania stolca oraz wypływ śluzowo-krwawy, wkrótce występują krwotoki, zwykle po stolcu, który dziecko oddaje powoli z bólami, wydymaniem, zatrzymaniem moczu. Stąd też dziecko blednie, chudnie i źle trawi; w otworze stolcowym od czasu do czasu pokazuje się polip. Rozpoznać go można po wprowadzeniu palca lub zwierciadła. Oprócz krwotoków polip wywołuje powstawanie rozpadlin, ropni okołoodbytowych, zapalenie odbytu z wypadnięciem i wyciekiem cuchnącym. Rokowanie dobre, wyzdrowienie może nastąpić samoistnie.

Rozpoznanie. Tam gdzie polip wystaje z odbytu, rozpoznanie jest łatwe, również niezbyt jest trudne, gdy siedzi wyżej, niezbędne jest wtedy badanie palcem lub zwierciadłem.

Leczenie radykalne polega na usunięciu guza przez podwiązanie i odcięcie szypuły, po zabiegu tamujemy krwotok za pomocą lodu, ergotyny, surowicy z żelatyną i tym podobnych.

P. Rozpadliny odbytu.

Rozpadliny odbytu u dzieci, opisane przez Duclos'a, Aubry'ego, Alingham'a, Quénu i Hartmann'a, Felizet'a i Branca, cechują się silnymi bólami i skurczem zwieracza.

Przyczyny. Rozpadliny zdarzają się i u niemowląt, częściej wszakże u dzieci starszych. Jako na przyczynę wskazywano na skazę limfatyczną oraz wązkość wrodzoną odbytu, jedyną jednak rolę odgrywają: zaparcie stolca, ciała obce, polipy, wypadnięcie odbytu.

Anatomia patologiczna. Po rozsunięciu fałd odbytu, znajdujemy szczelinę owrzodzoną, wązką i długą w kierunku fałd zarówno w skórze, jak i w śluzówce, na wewnątrz od zwieracza na linii środkowej przed kością ogonową. Podrażnienie rozpadliny wywołuje odruchowo skurcz zwieracza i m. unoszącego odbyt, niekiedy rozwija się zapalenie nerwów odnośnych.

Objawy. Skoro u niemowląt wystąpi zatwardzenie, stolce zbite, twarde, bobkowate, pokryte krwią, zawsze należy zwrócić uwagę na odbyt, tembardziej, gdy jednocześnie dziecko jest podniecone i krzyczy przy oddawaniu kału. Ból trwa czas pewien i po oddaniu stolca. Sprawa mało odbija się na stanie ogólnym lub też dzieci stają się smutne, płaczliwe, blade. Objawy wogóle są łagodniejsze, niż u dorosłych, rozpadliny goją się dobrze, ale często ponawiają się.

Rozpoznanie. Odbyt badamy bezpośrednio po starannem rozsunięciu fałd, przeprowadzając palcem wokoło rozszerzonego odbytu, czujemy, że zwieracz kurczy się, a dziecko krzyczyć zaczyna. Na dnie fałdy znajdujemy rozpadlinę. Inne objawy, jako to: ból przy oddawaniu stolca, krwawienie, występują zarówno w rozpadlinie jak i w innych chorobach odbytu. Wykluczyć również należy przymiot, gruźlicę, wrzód mięki, rzeżączkę. Po rozpoznaniu rozpadliny wypadnie szukać czy przyczyną nie jest polip lub ciało obce.

Leczenie. Pierwszem wskazaniem jest usunięcie zaparcia stolca przez dyetę odpowiednią, lawatywy z gliceryny, następnem—usunięcie bólu za pomocą kokainy, belladony, trzeciem—zabliźnienie przez stosowanie środków ściągających (ratania, lapis, siarczan miedzi). Tam,

gdzie środki powyższe zawodzą, stosować należy incynię, wycięcie lub rozszerzenie (Maisonneuve). W tym celu po przeczyszczeniu usypiamy dziecko i, wprowadziwszy do odbytu dwa palce, rozszerzamy odbyt aż dopóki nie usłyszymy chrzęstu i nie pokaże się krew. Po zabiegu dajemy makowiec. Wyleczenie następuje w ciągu dni kilku.

Q Ropień odbytu.

Ropnie w tej okolicy dzielimy na powierzchowne między skórą i m. unoszącym odbyt i głębokie między tym ostatnim i otrzewną.

Przyczyny. Wogóle u dzieci ropnie odbytu zdarzają się rzadko, brak bowiem u nich żylaków i zatok moczowych, podrażnienie jednak odbytnicy wywołać je może i u dzieci, skutkiem glistnicy robaczkowej (drapanie), zaparcia stolca, gruźlicy, zakażenią ciepłomierzem i t. p. osobiście w siedmiu przypadkach spotykałem ropnie po płonicy i durze brzusznym; w większości przypadków za przyczynę uważam zakładanie nieczystego ciepłomierza. Zazwyczaj w ropie znajdujemy b. coli i zwykłe czynniki ropotwórcze (Quénu i Hartmann), l. gruźlicze, które dostają się tu wraz z połkniętą plwociną. Niekiedy ropienie poprzedza nadżerka rozpadowa, która otwiera wrota dla czynników ropotwórczych, idących głównie przez naczynia chłonne.

Objawy. Rozróżniamy ropnie gruźlicze, ropnie brzeżne i siedzenio-odbytnicze.

Ropnie gruźlicze, powierzchowne, małe, okrągłe, prawie bezbolesne, otwierają się same, pochodzą z gruczołów potowych i łojowych i goją się bez przetok. Ropnie brzeżne podskórne i podśluzówkowe mogą pozostawić przetoki. Obrzmienie rozwija się w pewnej odległości od odbytu, skutkiem czego dziecko nie może siedzieć bez bólu, ani oddawać stolca, sprawie zazwyczaj towarzyszy

gorączka. W płonicy i durze, powikłanych ropniem odbytu, gorączka dochodziła niekiedy do 40°, co rodziło przypuszczenie, że nastąpił nawrót. Przy badaniu dwuręcznem (jeden palec w odbycie, drugi w jego okolicy) z łatwością wykryć można chełbotanie. Ropień otwiera się do kiszki lub nazewnątrz, niekiedy w obu kierunkach, wytwarzając pełną przetokę, ropa może szerzyć się ku górze i oddzielić śluzówkę od podścieliska. Odmiana trzecia — siedzeniowo-odbytnicza zdarza się bardzo rzadko u dzieci, powstaje skutkiem rozprzestrzenienia się ropnia, sprowadzając niekiedy zgorzel.

Rokowanie u dzieci niegruźliczych — dobre, przeciwnie u dzieci wyniszczonych i gruźliczych sprawa wywołuje tem większe wyczerpanie.

Rozpoznanie. Częstokroć dzieci nie czują bólu, sprawa więc przebiega skrycie, o ile nie zbadamy odbytu, i dopiero plamy ropne na bieliźnie po pęknięciu ropnia zwracają uwagę otoczenia; tem bardziej koniecznem jest badanie w ropniach głębokich.

Leczenie. Ropień opróżnić należy za pomocą noża lub termokauteru, cięcie winno być szerokie. (Reclus i Forgue).

R. Przetoki odbytu.

Przyczyny. Przetoki zdarzają się rzadko u dzieci, głównie w gruźlicy. Ropnie zwykłe, gorące, nie pozostawiają po sobie przetok;. w 7 przypadkach ropni brzeżnych po durze i płonicy ani razu nie widziałem przetoki, w ropniach gruźliczych natomiast często nawet po otwarciu nożem skutkiem nacieczenia powstaje przetoka, gojąca się z trudnością.

Anatomia patologiczna. Przetoka jest właściwie wrzodem przetokowym z otworami w śluzówce i skórze, zazwyczaj przetoka bywa powierzchowna, rzadziej głęboka

siedzeniowo-odbytnicza. Otwór skórny umiejscawia się zwykle z boku odbytu, jest mały lub szeroki, nierówny i t. p. niekiedy przetoka rozgałęzia się.

Objawy. Po przejściu objawów ostrych ropnia, ropa staje się wodnistą, dziecko uskarża się na swędzenie, bóle w czasie oddawania stolca, wala stale bieliznę, a od czasu do czasu występują nasilenia w postaci bólów i parcia. Przetoki u dzieci goją się zwykle samoistnie.

Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe, należy badać dokładnie okolicę odbytu, wygładzając starannie fałdy, w których może się otwierać ujście przetoki, po wykryciu tego ostatniego wprowadzamy palec do odbytu a do przetoki zgłębnik i w ten sposób wykrywamy ujście wewnętrzne. Nie należy zaniedbać równocześnie badania narządów wewnętrznych (gruźlica), oraz najbliższych okolic odbytu (kość ogonowa, krzyżowa, łonowa, siedzeniowa, które również mogą być punktem wyjścia dla przetoki około odbytu).

Leczenie. W większości przypadków uciec się należy do zabiegów chirurgicznych, w gruźlicy jednak od operacyi wstrzymujemy się zupełnie. Posiadamy dwie metody: incyzyę i wycięcie z zaszyciem lub bez zaszycia (Forgue).

Incyzya powinna być szeroka przez skórę i śluzówkę poczem goimy ranę; opatrunek zakładamy w postaci opaski T. Druga metoda polega na wycięciu tkanek chorych i zaszyciu rany katgutem.

S. Nieprawidłowości odbytu i odbytnicy.

Rozróżniamy następujące nieprawidłowości: zwężenie odbytu i odbytnicy, zarośnięcie odbytu, brak odbytu, brak odbytu i odbytnicy, nienormalne umiejscowienie odbytu.

1. Zwężenie. Odbytnica może być zwężona o tyle,

że stanowi kanał wązki lub też na jej przebiegu tworzą się zastawki w środku przedziurawione (przepony błoniaste); oczywiście u noworodków jest to wrodzone, u dzieci starszych zwężenie powstać może skutkiem urazu, zapalenia, przymiotu etc.

2. Zarośnięcie odbytnicy. Odbyt jest widoczny, ale oddziela się od odbytnicy przeponą niekiedy na kilka cm. grubą, przepona cienka o ile jest położona nisko, w czasie wydymania wypukla się do odbytu.

3. Brak odbytu lub odbytnicy, albo obu narządów, w tym ostatnim razie kiszka kończy się ślepo na poziomie macicy lub dna pęcherza, a nawet lewego stawu krzyżo-biodrowego, może również braknąć i znacznego odcinka kiszki grubej. Gdy brak odbytu, niema i jamy między pośladkowej.

4. Odbytu może braknąć na miejscu właściwem, natomiast znajdujemy odbyt nienormalny gdzieindziej w skórze lub też w jednej z jam sąsiednich (pochwa, pęcherz, cewka, srom). Jeżeli anomalia dotyka odbytnicy, kiszka otwiera się do pęcherza lub części błoniastej cewki (chłopcy), jeżeli odbytu- otwór znajdujemy w sromie, przed błoną dziewiczą lub w dolnej części pochwy. (Anomalie te spotykamy u wielu członków tej samej rodziny i zależą one od niedorozwoju). Wydalanie kału przez to staje się utrudnionem lub zgoła niemożliwem. W tym ostatnim razie lekarz widzi dziecko już w pierwszych dniach życia, nie oddaje bowiem stolca, wymiotuje i ma brzuszek wzdęty. Przy badaniu odrazu stwierdzamy brak odbytu. Gdy mamy błonę, łatwo ją możemy usunąć, w tych razach gdy krocze jest wygładzone, a guzy siedzeniowe zbliżone, może być mowa o braku odbytnicy, w przeciwnym razie brak tylko odbytu.

Skoro mamy otwór stolcowy, wprowadzając palec, lub zgłębnik, możemy się przekonać jak głęboko siedzi przeszkoda, w razie nienormalnego umiejscowienia odbytu oddawanie kału jest utrudnione, ale nie grozi życiu.

Rokowanie zależy od wypadku. Jeżeli brak tylko odbytu, wystarcza cięcie krzyżowe, ale gdy brak i odbytnicy, zabieg chirurgiczny jest o wiele trudniejszy, tam, gdzie mamy odbyt nienaturalny płynne wypróżnienia są możliwe, z czasem jednak uciec się należy do zabiegu chirurgicznego, tembardziej że drogi moczowe mogą uledz zakażeniu wstępującemu. Tam, gdzie usunąć przeszkody nie można, śmierć wśród wzdęcia i objawów niedrożności następuje po paru dniach.

Leczenie. Przeponę błoniastą przebijamy nożem, ranę rozszerzamy i zabieg taki wystarcza; gdy przeszkoda jest grubsza, prowadzimy cięcie przez krocze, dochodzimy do odbytnicy, którą po opróżnieniu przyszywamy do rany skórnej. Jeżeli nie spotkamy odbytnicy nawet po resekcyi kości ogonowej, należy założyć odbyt sztuczny. Chalot dokonywał laparotomii i tą drogą wszywał odbyt do krocza. O ile mamy odbyt nienormalny, wprowadzamy doń zgłębnik, który nam wskaże miejsce, gdzie kończy się odbytnica, i ułatwia przeszczepienie odbytu.

T. Robaki kiszkowe.

Robaki odgrywają niewątpliwie w patologii dziecięcej rolę ważną, nie tak wielką jednak jak im przypisywano, gdyż pasorzyty te zwykle nie są niebezpieczne i wywołują tylko pewne dolegliwości. Glisty i glistnice u dzieci zdarzają się często, rzadko natomiast u starszych, tasiemca zaś spotykamy w każdym wieku.

1. Glisty (ascaris lumibricoides).

Glisty ludzkie są podobne do glist ziemnych, stąd rozpoznać je łatwo, samce są mniejsze, niż samice (10—25 cm.), te ostatnie składają tysiące jaj, na zakrzywionym końcu ogonowym samca znajdujemy 2 prącia. Jaja składają

się z dwóch otoczek, średnicy 60—70 μ; według Davaine'a zarodek rozwijać się musi kilka miesięcy i w kiszkach u dzieci nie rozwijają się nigdy 2 pokolenia. Po wydaleniu jajo rozwija się w cieple i wilgoci i powstały z nich zarodek rozwija się tylko w kiszkach innego dziecka po przerwaniu otoczki, u zwierząt glista nigdy się nie rozwija.

Przyczyny. Glista rozwija się w kiszkach dzieci z jaj, które dostają się do żołądka przeważnie z wody, zanieczyszczonej wypróżnieniami, stąd też glisty częściej zdarzają się na wsi, niż w miastach, z wodą filtrowaną. Prócz wody roznosicielem jaj są sałaty, jarzyny i owoce surowe. U piersią karmionych niemowląt glisty zdarzają się wyjątkowo, za to po odstawieniu, u dzieci starszych spotykamy je często; często również nawet u niemowląt, karmionych sztucznie, spotykamy glisty skutkiem rozcieńczenia mleka wodą nieczystą.

Anatomja patologiczna. Glisty przebywają w kiszkach cienkich, skąd dostać się mogą do żołądka, kiszki grubej, a nawet podpełzać do przełyku i gardzieli, skąd przez usta lub nos wydostawać się nazewnątrz, zdarza się również, że glisty wpełzają do przewodów żółciowych i mogą uledz otorbieniu w wątrobie. U 13-letniego chłopca, zmarłego z duru Jadelot (Bibl. med. 1814). znalazł kiszki, wypełnione glistami oraz 4 w rozszerzonym wyrostku robaczkowym. Znajdywano również glisty w otrzewnie skutkiem przedziurawienia kiszek. W pewnych warunkach za życia i po śmierci glisty dostać się mogą do dróg oddechowych przewodu nosowego, usznego, krtani, oskrzeli, zatoki czołowej etc. Ilość glist dochodzić może do 3000 (Massini 1886 r.), znajdujemy je w kiszkach skręcone w kłęby, które wywołać mogą niedrożność dwunastnicy, kątnicy, wyrostka etc.; kłęby glist jednak nie wywołuja zmian w śluzówkach, wyjątkowo chyba spotykamy objawy zadrażnienia śluzówki (enteritis traumati-

ca); przedziurawienie ścian bocznych kiszek przez glisty jest rzeczą niemożliwą.

Objawy. Jedynym stałym objawem jest wydalanie glist i ich jaj z kałem lub przez jamę ustną. Pozatem mogą one przebywać w kiszkach w ilości olbrzymiej, nie wywołując objawów żadnych, Henoch podaje przypadek, w którym wychodziły olbrzymie ilości glist po użyciu santoniny bez żadnych objawów.

Opisywano jako objawy glist zmiany rysów twarzy, podsiniałe oczy, swędzenie w nosie, kaszel, bóle głowy, zawroty, podniecenie nocą, zaburzenia w łaknieniu, bóle w brzuchu, tętno nieregularne, zaburzenia naczynioruchowe, (raptowne zblednięcie lub rumieniec), omdlenia, bicie serca, zez, zgrzytanie zębami, rozszerzenie źrenic, objawy mózgowe. Objawy te jednak nie występują stale i nie mają znaczenia rozpoznawczego, w większości bowiem przypadków brak wszelklich objawów. W każdym jednak razie wobec objawów nieokreślonych u dziecka, należy zbadać starannie kał na zawartość jajeczek. Daveine w małej cząsteczce kału znajdywał tysiące jajeczek.

Rodzi się pytanie, o ile w rzeczywistości glisty wywołać mogą objawy miejscowe lub ogólne (odruchowo).

Objawy miejscowe. O tem, aby glisty mogły przez nieuszkodzoną ścianę kiszek przejść do otrzewny lub wywołać krwotoki kiszkowe mowy być nie może, mogą natomiast się dostać przez uszkodzoną np. kątnicę lub wyrostek. Kłęby glist, jak wspominałem, mogą wywołać niedrożność kiszek, a niekiedy wyczuć je można przez powłoki skórne, glisty mogą również dostać się do przewodu żółciowego i otorbić się w wątrobie (Archambault). Dostawszy się do żołądka, glisty powodować mogą wymioty, posuwając się do przełyku i wyżej, wywołując niepokój, duszność (ucisk tchawicy, zatkanie krtani), a nawet uduszenie gdy dostaną się do tchawicy i dróg oddechowych. Opisywano też ropnie w okolicy pachwinowej i pępkowej, zawierające kłęby glist.

Objawy odruchowe. Ślepota, zez, bezgłos, przypisywane glistom, nie mogą w każdym wypadku wytrzymać krytyki, to też objawy te ściśle należy rozbierać, zdarza się wszakże, że drgawki ustępują pod wpływem środków przeciw robacznych. Pląsawica, przypisywana dawniej robakom, z innych powstaje przyczyn. Toż samo da się powiedzieć o objawach meningialnych, acz u dzieci obarczonych nerwowo, drgawki oraz objawy rzekomo meningialne mogą zależeć od glist.

Wogóle rokowanie jest dobre i dziś nie możemy jak dawniej uważać glist za chorobę ciężką wobec tego choćby, że liczba zejść niepomyślnych jest nieznaczną w porównaniu z częstością choroby.

Rozpoznanie opiera się jedynie na wykryciu w kale robaka lub jaj, należy jednak zwracać pilną uwagę na to, aby za glisty nie wziąć resztek więzów, ścięgien, włókien roślinnych, Guersant radzi suszyć glisty i palić; wydają one wtedy odór swoisty.

Leczenie. Najczęściej stosujemy semen contra 1—4 gm. w konfiturze lub powidełkach, santoninę po 0,05—0,1 w cukierkach, pigułkach, pastylkach, ta ostatnia powoduje niekiedy bezmocz, żółte widzenie, pokrzywkę i t. p.

Po zastosowaniu środka przeciwrobacznego zalecamy lek czyszczący (kalomel 0,4—0,5, ol. ricini 10—15 gm. i t. p.). Zapobieganie polega na podawaniu dzieciom dobrej, filtrowanej wody do picia.

2. *Glistnica robaczkowa (oxyuris vermiculars).*

Glistnica należy do tej samej, co i glista, rodziny, jest jednak znacznie mniejsza, samiec ma 3 mm. długości, ogon ma skręcony szrubowato, samica 9—10 mm., występuje w większej ilości. Jaja 5 μ. długości i 3 μ. szerokości. Po dostaniu się jaja do żołądka dziecka otoczka ginie i zarodek dostaje się do kiszek, tam w końcu kiszek cienkich samce i samice spotykają się i w kiszce prostej nastę-

puje składanie jaj, jaja rozwijają się na miejscu (Davaine), acz według Leucharda może to nastąpić jedynie w żołądku. Jaja znajdują się na owocach, jarzynach i innych surowiznach i, dostając się do żołądka, rozwijają się u osobników usposobionych, glistnica może być przeniesiona i bezpośrednio za pomocą palców.

Objawy. Glistnica przebywa w kiszkach grubych, nocą wychodzi z odbytu na części przyległe, wywołuje swędzenie, parcie, stąd dzieci drapią się w łóżku. Swiąd trwa 2 godziny i znika, aby wrócić nazajutrz. Skąd też często dzieci napozór bez przyczyny budzą się z krzykiem w nocy. Objawy odruchowe zdarzają się rzadziej, niż w glistach. Przy badaniu znajdujemy zaczerwienienie odbytu, a w jego fałdach glistnicę, w stolcach zaś robaki i jaja. Froelich (Rev. mens de mal. de l'euf. 1897) widział u 13-letniego chłopca ropień odbytu, zawierający 60 glistnic, z chłopca tego robak udzielił się dwóm jego braciom i matce (spali w jednem łóżku).

Rozpoznanie opiera się na ścisłem badaniu fałd odbytnicy, w razie wątpliwym badania dokonywamy po lawatywie z wody zimnej. Rokowanie dobre, ale choroba jest uporczywa i często wraca.

Leczenie nie może być wyłącznie miejscowe, ale równocześnie podawać należy dzieciom środki przeciwrobaczne. Miejscowo stosujemy lawatywy z oleju, które łagodzą swędzenie, z gliceryny, octu, soli, terpentyny, wcierania szaruchy, lawatywy z sublimatu (1;5000), czopki z salolu, jodoformu, szaruchy (0,1 gm. na 3 gm. masła kakaowego). Zalecają też inf. semen contra z 10:100 w lawatywach, lawatywy z nafty na połowę z oliwą (Perrin).

3. *Tasiemiec* (*taenia*).

U dzieci spotykamy trzy rodzaje tasiemców (samotnego, przewierconego i bruzdogłowca), najczęściej spotykamy t. przewierconego.

Przyczyny. Przyczyną rozwoju tasiemca jest spożywanie surowego lub niedostatecznie wysmażonego mięsa wołowego; oczywiście niemowlęta, karmione piersią, niemają ani tasiemców, ani innych robaków, te ostatnie rozwinąć się mogą dopiero po odstawieniu. Najwcześniej spostrzegałem tasiemca u 2-letniego dziecka. Tam, gdzie zwyczaj spożywania mięsa surowego jest rozpowszechniony (Abisynia), tasiemca spotykamy nieomal u wszystkich, rzecz dziwna, że równocześnie rośnie tam w obfitości kusso, jakgdyby natura chciała dać środek przeciw chorobie. We Francyi (i u nas) tasiemiec zdarza się u dzieci rzadko.

Objawy. Zazwyczaj brak objawów czynnościowych i jedynie tylko wychodzenie członeczków tasiemca świadczy o jego obecności. Członeczki te są płaskie, różnej wielkości, białe, po środku brzega członeczka znajduje się otwór płciowy, a w całym tasiemcu otwory w sąsiednich członeczkach są naprzeciwległe nieprawidłowo, po tem rozpoznajemy t. przewierconego; tasiemiec samotny i długoczłonki przeciwnie mają otwory płciowe naprzeciwległe rozmieszczone prawidłowo, nadto na główce znajdujemy u ostatniego wianek podwójny haczyków. Bruzdogłowiec ma otwór płciowy pośrodku członeczka, na główce nie posiada przysawek ani haczyków. Członeczki robaka wychodzą z kałem lub w przerwach bez wiedzy chorego, szczególniej po środku czyszczącym, co służy jako środek rozpoznawczy.

Objawy odruchowe są też same co i w glistach (drgawki, zawroty), pozatem opisywano osłabienie wzroku, zwężenie pola widzenia, wielowzroczność jednooczną etc., zaznaczyć jednak należy, że w tych razach równocześnie znajdywano piętna histeryczne i obarczenie nerwowe dziedziczne (Parinaud. Rec. d'opht. 1890). Możność występowania napadów padaczkowatych, skutkiem tasiemca nie ulega wątpliwości, acz zdarza się to rzadko na 22 przyp. Martha (Arch. de méd. 1891) w 2, dzieci miały mniej niż

3 lata. W tych razach aura trwa długo, jak również napad drgawek, ciągnący 10—15 m., podczas gdy padaczka zwykła trwa 1—2 m., śpiączka trwa również dłużej. Napady powtarzają się w długich odstępach czasu, wyniki wreszcie leczenia stwierdzają pochodzenie sprawy. Objawów miejscowych mechanicznych brak, gdyż tasiemce nawet w większej ilości zebrane, nie tworzą kłębów w kiszkach, nie rozszerzają, ani zamykają światła kiszek.

Rokwoanie w tasiemcu u dzieci nie jest cięższe, niż u dorosłych. coprawda nawroty są częste, gdyż nie zawsze udaje się usunąć główkę, w końcu jednak i ona wydaloną być może, a wtedy wyzdrowienie jest zupełne.

Leczenie. Po stwierdzeniu obecności tasiemca, należy podawać środki przeciwtasiemcowe. Dzieciom starszym w tym celu zalecić można 10,0 gr. kusso w syropie, konfiturze lub granulkach. Przedtem dziecko przez 24 godzin zachowywać powinno dyetę mleczną, sam zaś środek podawać należy naczczo, a w pół godziny później dać 15—20 gm. oleju rącznikowego. Pellietieryny dzieciom nie dajemy, często, natomiast, dają wyciąg eterowy paproci męzkiej w ilości po 0,5 gm. na każdy rok życia. W ostatnich czasach zalecają mleczan strontu (lactatis strontii 10,0, aqu. dest. 60,0 glicerini 2. s. 1—2 łyż. kaw. w ciągu 5 dni). Zalecano również ol. petrolei po 0,3 w kapsułkach w ilości 6-12 na dobę. Po każdym środku przeciwtasiemcowym należy podać środek czyszczący; dziecko siadać winno na nocniku z wodą letnią, abyśmy mogli obejrzeć całego tasiemca.

W celach zapobiegawczych, jeżeli wskazane jest użycie mięsa surowego, należy używać zamiast wołowego mięso baranie.

4. *Inne pasorzyty kiszkowe.*

Lambl w 1860 roku znalazł ogoniastka jelitowego (cercomonas intestinalis) w śluzie kiszek u dzieci, pasorzyt ten ma postać nici z główką gruszkowatą.

Cahen (1891) u 4-letniego chłopca w biegunce krwawej znalazł pełzaka okrężnicy (ameoba coli Lösch), a Epstein (1893) w 23 przyp. biegunek u dzieci (1—3 letnich jednoogoniastka ludzkiego (monocercomonas hôminis Grassi'ego i pełzaka w 5 przyp. Jednoogoniastek jest bardzo ruchliwy i zmienia ciągle postać, jest podobny do jelonka z dwoma rogami, pełzak zwykle jest owalny.

Tęgoryjec dwunastnicy (ankylostorna duodenalis) robak obły 3—4 mm. długości, znaleziony przez Dubini'ego, występuje u dzieci w okolicach kopalni i wywołuje niedokrwistość złośliwą, truje go dobrze wyciąg paproci.

Włosogłówka ludzka (trichocephalus dispar) z rzędu obleńców, skręcona śrubowato, większa od glistnicy, mniejsza zaś od glisty, przebywa w okrężnicy, a często i w kiszkach cienkich, samiec długości 3,5—4,5 cm., samica 3,5—5 cm., składa jaja 50—60—24 μ. brunatne, owalne, podobne do cytryny z 2-ma błyszczącymi guziczkami na biegunach, z czego rozpoznajemy je pod drobnowidzem.. Jaja dostają się z wodą do picia do żołądka i kiszek, gdzie pękają, (Davaine). Fr. Cima w kiszkach dziecka 3-letniego znalazł 450 włosogłówek (223 samców i 227 samic), zajmowały one całą okrężnicę i tętnicę, wywołując nieżyt, złuszczenie nabłonka, niedokrewność i charłactwo, przed śmiercią po lawatywie ze środka przeciwrobacznego dziecko oddało 100 robaków. Miecznikow przypuszczał, że włosogłówka jest przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego (Acad. de méd. 1901), pogląd to jednak mocno przesadzony.

W celu zapobiegawczym należy pić wodę gotowaną lub filtrowaną. Jako środki przeciwrobaczne, zalecamy obfite i częste lawatywy z wody bornej $1^0/_0$; wody naftolowej, santoninę i kalomel (aa 0,5), w ciągu dni kilku, ext. fil. mar., tymol (1—2 gm. w kapsułkach, lub zawiesinie z oliwy).

M ą t w i k c. w ę g o r z y k kiszkowy (anguilulis intest.), 2 mm. długości występuje w biegunkach w Kochinchinie i biegunce krwawej, mnoży się tylko pod wpływem przeziębień, złego żywienia. Uchronić się można od niego, opuszczając zarażone miejscowości, indusi są przeciw niemu uodpornieni. Z dobrym przeciw niemu skutkiem stosować można obfite lawatywy kiszkowe oraz kalomel w częstych, a małych dawkach.

ROZDZIAŁ II.

Choroby otrzewny.

A. Puchlina brzuszna.

Dawniej przypuszczano, że puchlina brzuszna powstawać może samoistnie jako ascites essentiialis młodzieży, lub też powstawanie jej przypisywano urazowi, miesiączce bolesnej. Pogląd ten dziś zarzucono, przypisując wszystkie przypadki puchliny samoistnej pierwotnej gruźlicy. Obok niej jednak istnieje niewątpliwie inna jeszcze postać p u c h l i n y m l e c z k o w a t e j brzucha, cechującej się bezbolesnością, przewlekłością, a nadto białym mlecznym i tłustym wysiękiem.

Przyczyny. Wysięk mleczny najczęściej zdarza się u dorosłych, spotykano go jednak i u dzieci, szczególniej u dziewcząt w 7—10 roku życia, a Wiklam widział go nawet u 6-cio miesięcznego dziecka po krztuścu. Powstawanie wysięku mlecznego w otrzewnie przypisywano gruźlicy, urazom, gorączkom wysypkowym włośnicy krwi. Sprawa może być i wrodzoną, a w przypadku Simonini (Il. Morgagni 1898) przypisać ją należało kamicy nerkowej.

Objawy. Objawy wysięku mlecznego w otrzewnie nie różnią się od innych rodzajów puchliny brzusznej: powiększone wymiary brzucha, chełbotanie, stępienie. Choroba rozwija się powoli, po szeregu przekłuć rozpoczyna się zwykle charłactwo końcowe. Płyn, otrzymany z przekłucia, zawiera znaczną ilość tłuszczów, a co do wyglądu zewnętrznego, stoi na pograniczu wysięku surowiczego i ropnego. Na zwłokach znajdujemy różne zmiany: wątrobę przymiotową, marskość, śledzionę wielką, uszkodzenie przewodu piersiowego, gruźlicę; niekiedy zmiany tylko w układzie chłonnym (naczynia chłonne, przewód, gruczoły). Lithle opisywał niedrożność naczyń chłonnych skutkiem ucisku przerosłych gruczołów chłonnych. Dzięki temu, mamy szereg teoryi powstawania choroby: 1) przeistoczenie przesięku samoistnego w puchlinie brzusznej, 2) wylew mleczka skutkiem uszkodzenia naczyń, 3) pierwotny wylew mleczka, 4) zapalenie otrzewny przewlekłe z wysiękiem mleczkowatym i 5) włośnicę krwi.

Rozpoznanie postawić można z właściwości wysięku dopiero po przekłuciu. Mleczko od wysięku mleczkowatego odróżniamy dzięki temu, że pierwsze jest nader delikatną zawiesiną tłuszczową, drugie zaś zawiera elementy krwi i jest mniej jednostajne.

Leczenie polega na dokonywaniu według zwykłych zasad przekłucia brzucha.

B. Zapalenie ostre otrzewny.

Przyczyny. Zapalenie ostre otrzewny jest ostrem ogólnem lub miejscowem zakażeniem tej błony surowiczej. Wobec tego zapoznać się musimy przedewszystkiem z czynnikami zakaźnymi.

Według Barbacci, Tavel'a i Lanz'a, Trevers'a, Macaigne'a i innych, w otrzewnie chorej znajdujemy różne drobnoustroje, (paciorkowce, gronkowce, dwoinki zapalenia

płuc, l. okrężnicy), najgłówniejszą jednak rolę przypisać należy l. okrężnicy, który zachowuje ją nawet w zapaleniu z urazu i przedziurawieniu kiszek. Na 13 przypadków we wszystkich Barbacci wykrył las. okrężnicy. Gdy sprawa była pochodzenia kiszkowego,, toż samo w zapaleniu z przebicia skóry, Treves w 100 przypadkach stwierdza toż samo, Macaigne w 35 przypadkach (10 zapaleń wyrostka, 9 duru, 6 nieżytu owrzadzającego kiszek, 3 przedziurawień kiszek, 3 raki poprzecznicy, 2 przepuklin, 1 zakrzepu w krezce, (przedziurawienia dróg żółciowych) i również stwierdził rolę główną lub wybitną l. okrężnicy. Ten ostatni w kiszkach zdrowych nie wywołuje zmian, w sprawach chorobowych natomiast staje się złośliwym, przechodzi przez uległe zmianom ściany kiszek lub też wydziela jad, przesiąkający do otrzewny, i wywołuje zapalenie tej ostatniej.

Rozróżniamy 7 rodzai zapaleń otrzewny: 1) ostre gruźlicze zapalenie, wywołane przez l. Kocha, 2) zapalenie z przedziurawienia skutkiem wytworzenia się połączeń nienormalnych kiszki z otrzewną: gruźlica, dur, czerwonka, wrzód żołądka i dwunastnicy, pęknięcie ropnia lub torbieli wątroby, nerki i śledziony, pęknięcie pęcherzyka żółciowego, zgorzel przepukliny uwięzniętej, wgłobienie kiszek, niedrożność skutkiem glist. W zapaleniu tego rodzaju znajdujemy w otrzewnie kał, gazy, ropę, żółć lub krew, 3) zapalenie skutkiem rozprzestrzenienia się sprawy z narządów sąsiednich na otrzewnę, 4) zapalenie urazowe po ranie, pęknięciu upadku, operacyi, 5) zapalenie dwoinkowe pierwotne lub wtórne po zapaleniu płuc, 6) zapalenie rzeżączkowe u dziewcząt, skutkiem zapalenia sromu i 7) zapalenie u płodów i noworodków.

Zapalenie otrzewny wrodzone opisał Billard na zasadzie własnego spostrzeżenia i pracy Dugès'a. Jest ono następstwem duru matki w czasie ciąży, zapalenie zaś u noworodków—następstwem spraw połogowych, głównie zakażenia paciorkowcowego. Tej ostatniej sprawie poświęcili

dużo uwagi Thore (1846), Bednar (1850), Lorain (1855), Meynet (1857), Quinquaud (1872), Rehn (1879).

Anatomja patologiczna. Zmiany w zapaleniu ostrem otrzewny są rozlane lub umiejscowione, częściowe, w pierwszym wypadku jest to następstwem wtargnięcia do otrzewny płynu posokowatego, urazu gwałtownego, gdy otrzewna zaskoczona nagle nie może przygotować się do akcyi obronnej i wywołać otorbienia ogniska pierwotnego, w przeciwnym razie ognisko otarbia się szybko i w tym razie znaleźć możemy tuż przy źródle zakażenia (kiszki, wątroba i t. p.), kilka nawet ognisk otorbionych. Na zwłokach znajdujemy płyn w ilości rozmaitej, cytrynowy, z zawieszonymi strzępami, mętny, surowiczo-ropny, śmietanowaty, mleczny, ropny, niekiedy czarną posokę, lub zielone masy, rozpad, gazy, kał z zapachem nieznośnym. Zdarza się, że płynu brak i zaledwie w miednicy znajdujemy kilka łyżeczek. Otrzewna wtedy jest sucha, szorstka, pętle kiszek sklejone, rozdęte, czerwone i obrzękłe a ściany ich kruche.

Zapalenie otorbione, głównie umiejscawia się wyżej pępka, w okolicy biodrowej prawej, w miednicy, rzadziej w okolicy wątroby, żołądka, śledziony, nerek i macicy.

Równocześnie ze zmianami w otrzewnie w ostrem jej zapaleniu występują sprawy ropne, w opłucnie, osierdziu oponach, stawach i t. p. nie mówiąc już o zmianach, wywołujących zapalenie otrzewny w kiszkach oraz zmianach wtórnych w tych narządach (otwarcie ropnia otrzewny do kiszek, opłucny, pęcherza, pochwy etc.).

Objawy. Choroba rozpoczyna się gwałtownie silnymi bólami, wymiotami, gorączką, lub też powoli bez objawów wybitnych, pierwsze bywa w zapaleniu ostrem pierwotnem, drugie u dzieci wyniszczonych, niezdolnych do odczynu.

Na uwagę zasługują objawy następujące: ból silny, początkowo w jednem miejscu, np. dole biodrowym, pępku,

później rozlany; skutkiem bólu dziecko leży nieruchomo, na grzbiecie ze zgiętemi nogami, wstrzymuje oddech i mówi cicho i głosem przerywanym. Jednocześnie występują wymioty początkowo pokarmowe, później żółciowe, szybko następujące po sobie i ustępujące po 1—3 dniach. Stolec może być zaparty lub rozwolniony, gdy zaparcie jest uporczywe i długotrwałe, przypuszczać można niedrożność kiszek. Język zwykle wilgotny, często obłożony, w jamie ustnej pleśniawki, brak łaknienia zupełny, pragnienie natomiast silne. Mocz skąpy, niekiedy bezmocz. Na twarzy maluje się cierpienie, rysy twarzy wydłużone, oczy zapadłe, kończyny zimne. Tętno małe, szybkie, nitkowate (120—150). Ciepłota mniej lub więcej podniesiona, nie można jej wszakże przypisywać żadnej roli rozpoznawczej ani w rokowaniu, i wyłącznie opierać się należy na tętnie. Po wymiotach stale występuje czkawka, stan ogólny coraz gorszy, przytomność jednak zachowana, bredzenie zdarza się nader rzadko.

Brzuch wzdęty, napięty, kulisty, odgłos opukowy bębnisty nad pępkiem, stłumiony po bokach; niekiedy przy obmacywaniu znaleźć możemy głęboko pewne napięcie, wskazujące na ognisko pierwotne, zresztą zwykle bolesność jest tak znaczna, że ograniczyć się musimy tylko do obejrzenia brzucha. Po kilku dniach następuje śmierć lub też sprawa słabnie, ogranicza się i może nastąpić wyzdrowienie.

Zejście rozmaite: rozejście zupełne możliwe wtedy, gdy nie dochodzi do ropienia i gdy zakażenie było łagodne (rzeżączka u dziewcząt), w zapaleniu ropnem ogólnem może nastąpić umiejscowienie, otorbienie ropy i wtedy wyzdrowienie zależy od opróżnienia ropnia samoistnego przez pępek, do pęcherza lub pochwy, odbytu, albo też na drodze operacyjnej. Tam, gdzie sprawa nie ulegnie umiejscowieniu, kończy się śmiercią w ciągu dni kilku, a nawet w przypadkach piorunujących w 1—3 dni. (Duparcque—24 godz. Senn — 36 godz. Rilliet 40—48 g.), od

chwili wystąpienia pierwszych objawów). Tak nagłe zejście głównie spotykamy u noworodków, u dzieci starszych choroba trwa dłużej (7—8 dni — Barthez 28 dni).

Do powikłań najczęstszych zaliczyć wypada zapalenie ropne opłucny, osierdzia, opon i ropnicę.

Rokowanie jest złe, nie zawsze jednak stan jest beznadziejnym. Najczęstszem jest zapalenie rozlane lub skutkiem przedziurawienia i tu jednak chirurgia święci niekiedy tryumf, u noworodków zato zapalenie otrzewny jest zawsze prawie śmiertelne. Do stosunkowo najłagodniejszych zaliczamy zapalenie dwoinkowe i rzeżączkowe, wogóle zaś otorbione jest zawsze łagodniejsze od rozlanego.

Rozpoznanie zazwyczaj łatwe, chyba gdy zapalenie otrzewny wystąpi wtórnie (dur, płonica etc). Zdarza się, że objawy miejscowe występują w postaci łagodnej, stan ogólny natomiast przemawia za durem, który wykluczyć można tylko przy pomocy odczynu surowiczego. Niedrożność kałową można wykluczyć na zasadzie przebiegu i badania brzucha, trudniej wykluczyć wgłobienie kiszek, tembardziej że często wikła je istotnie zapalenie otrzewny, wystąpienie jednak stolców czarnych, badanie odbytu i guz miejscowy pozwala niekiedy na postawienie rozpoznania. W nieżytach kiszek i żołądka brak bólów przy obmacywaniu brzucha.

Po rozpoznaniu zapalenia otrzewny należy rozpoznać istotę i w tym celu kierować się wszelkiemi danemi klinicznemi, bakteryologicznemi i in. Dla ułatwienia naszkicujemy obraz poszczególnych postaci.

1. Zapalenie otrzewny u noworodków. Zapalenie otrzewny u noworodków występuje w 1—3 dniu lub wogóle w 1-m tygodniu życia, cechuje się wymiotami, naprzód pokarmem, później śluzem i żółcią, biegunką i ciągłymi krzykami. Brzuch jest wzdęty i bolesny, w górnej części daje odgłos opukowy bębnisty, w dolnej stłumiony. W miednicy zbiera się niekiedy płyn ropny, który wchodzi do niezarośniętej pochewki sznurka naściennego,

częściej po stronie prawej i opuszczając się do macicy, tworzy jakby jej puchlinę, wywołując jej obrzęk (Quinquaud), co wskazuje na wysięk w otrzewnie (Barthez). Ciepłota jest zazwyczaj wysoka (40—42,5°, Quinquaud). Noworodek szybko chudnie, twarz wyciągnięta, kończyny zimne, po 4—5 dniach dziecko umiera śród zamartwicy, śpiączki lub drgawek.

Zakażenie nie ogranicza się zwykle do otrzewny, ale mamy współcześnie żółtaczkę, różę pępka lub ropówkę, krwotoki z pępka i kiszkowe, zapalenie stawów, otrzewny, opłucny, zgorzel, ropnie skórne i trzewiowe, jednem słowem, ropnicę ogólną. Punktem wyjścia choroby jest zazwyczaj pępek (zapalenie żył, zgorzel), to też dawniej, gdy w domach porodowych srożyła się porocznica, sprawa zdarzała się często skutkiem zakażenia pośredniego lub bezpośredniego. Sprawa zawsze kończy się śmiercią, gdyż jest zawsze rozlana.

2-o Zapalenie rzeżączkowe otrzewny. Zdarza się, acz rzadko, że zapalenie sromu i pochwy u małych dziewcząt wywołać może ostre zapalenie otrzewny. W ciągu 7 lat spostrzegałem 8 tego rodzaju przypadków (Arch. de méd. des enf. 1891). Zakażenie otrzewny następuje skutkiem zapalenia wstępującego z pochwy i macicy przez jajowody, zwykle mamy do czynienia z zapaleniem zlepnem bez ropienia.

Bez żadnych zwiastunów występuje ból w dolnej części brzucha z wymiotami, gorączką, wkrótce jednak pod wpływem leżenia i lodu ból ustaje, zapalenie słabnie i znika lub też umiejscawia się w jajowodach lub jajnikach, wywołując sprawę miejscową mniej lub więcej długotrwałą. Niekiedy okres zapalenia otrzewny jest tak krótki, że ujść może zupełnie uwagi. Rzadko bardzo przebieg jest złośliwy z zejściem śmiertelnem. Baginsky przytacza tego rodzaju zejście u dziewczynki z zapaleniem cewki i pochwy, na zwłokach znalazł ropień w jamie Douglasa oraz zapalenie ropne jajnika i jajowodu; w ropie znaleziono

gonokoki i gronkowce. Wynikałoby z tego, że dla wywołania zapalenia otrzewny przez gonoboków konieczną jest obecność drobnoustrojów ropotwórczych, których zresztą nie brak nigdy w wycieku z pochwy.

Rousseau (1899. Bordeaux), rozróżnia 3 postaci zapalenia rzeżączkowego otrzewny, 1-o postać ostrą, rozlaną, która ma wszelkie cechy ostrego rozlanego zapalenia otrzewny, może jednak po niedługim czasie zakończyć się rozejściem lub też ropieniem i śmiercią, 2-o postać ograniczoną lub zapalenie otrzewny miedniczej z bólami w dolnej części brzucha, 3-o postać przewlekłą, przebiegającą jak u kobiet dorosłych, (zapalenie jajników), zlepne zapalenie otrzewny miedniczej i t. p.

Rozpoznanie niekiedy bywa trudne, w 3 przypadkach ogłoszonych przeze mnie z Dr. Gadaud'em (Soc. méd. des hôp. 1901) jużeśmy byli przygotowani na operacyę w przypuszczeniu, że mamy do czynienia z zapaleniem wyrostka. W przypadku Huber'a (Arch. of Ped. 1899) doszło nawet do operacyi i wycięcia wyrostka, podczas gdy na zwłokach znaleziono zapalenie jajnika i otrzewny.

Wogóle zapalenie rzeżączkowe ma przebieg łagodny i nie wymaga pomocy chirurgicznej, wystarcza spokój, dyeta, lód, opium, podskórnie surowica sztuczna, 8 moich przypadków zakończyło się wyzdrowieniem.

3. Zapalenie dwoinkowe otrzewny. Omawianą teraz postać zapalenia otrzewny, wyodrębniono niedawno, występuje ona głównie u dzieci starszych, pierwotnie lub wtórnie, po zakażeniu dwoinkami płuc lub opłucny, w pierwszym razie dwoinka mogłaby dostać się z narządów płciowych lub drogą krwionośną; za pochodzeniem sprawy z narządów rodnych przemawia fakt, że otorbienie sprawy dwoinkowej w otrzewnie głównie znajdujemy w dolnej jej części. Choroba ma przebieg cykliczny jak zapalenie płuc, rozpoczyna się ostro dreszczami, gorączką, bólami w brzuchu, wymiotami i biegunką. Po 7—8 dniach ciężkiego stanu następuje przełom ze spad-

kiem ciepłoty, brzuch jednak jest wielki, a w dolnej jego części znajdujemy nagromadzoną ropę ze stłumieniem odgłosu opukowego i wystawaniem pępka. Nie zawsze jednak początek jest tak ostry, znam np. przypadek, w którym bez uprzednich objawów. nastąpiło opróżnienie ropy z otrzewny przez pępek i pochwę, poczem dziewczynka wyzdrowiała, wogóle opisywane przypadki wyzdrowienia po opróżnieniu ropy przez pępek (Gauderon 1876) uważać należy za przypadki zapalenia dwoinkowego. Sprawa występuje między 2 — 12 rokiem, w moich przypadkach 4 dzieci miało 22 m. — 5 lat,. 4—5—6, 10—7—12 lat, według Brun'a, sprawa częściej zdarza się u dziewcząt, niż u chłopców, (11 dziewcząt, 3 chłopców).

Ropa zazwyczaj ulega otorbieniu, otoczonemu grubemi, licznemi błonami rzekomemi, ropa jest śmietanowata, zielonkawa, bez zapachu, zmieszana z błonami rzekomymi. Aczkolwiek zbiorowiska ropne mają skłonność do samoistnego opróżnienia przez pępek i wyzdrowienia, nie należy czekać i liczyć na to, Brun zaleca więc wczesne opróżnienie na drodze operacyjnej, rokowanie bowiem wtedy jest dobre: na 14 przypadków 11 wyzdrowień. Obok postaci otorbionych, łagodnych znamy i postać posoczniczą, która nie ustępuje co do ciężkości zapaleniu otrzewny skutkiem zapalenia wyrostka (F. Brun).

LECZENIE OSTRYCH ZAPALEŃ OTRZEWNY. Leczenie dzieli się na wewnętrzne i chirurgiczne.

Pierwsze polega na unieruchomieniu kiszek makowcem, położeniu na grzbiecie, stosowaniu lodu na brzuch, dyecie bezwzględnej (kilka łyżeczek napojów zimnych). Ma ono na celu ułatwić umiejscowienie i otorbienie sprawy, ewentualne rozejście.

Chirurgia powinna interweniować bezzwłocznie w przypadkach nagłych (np. przedziurawienie, zbiorowisku ropnem, lub też nieco później, gdy leczenie wewnętrzne nie dało wyników. W tych razach dokonać należy laparotomii, opróżnić otrzewnę, założyć sączek, oraz przemyć

całą jamę. Po operacyi dawać wino szampańskie i zastrzykiwać surowicę sztuczną. Michaut (Paris 1901) przeprowadził staranne badania nad zapaleniem dwoinkowem otrzewny i zebrał od roku 1890, 33 przypadki u dzieci od 2—15 lat (27 dziewcząt, 6 chłopców), 2—5 l. (15 przyp.), 5—10 (12 przyp.), 10—15 (6 przyp.). W 22 przypadkach ropień był otorbiony, w 11 zapalenie rozlane, pierwotnie sprawa wystąpiła w 27 przypadkach na 33, rokowanie w przypadkach otorbionych było pomyślne (20 wyzdrowień na 27 przypadki), ciężkie w rozlanych (9 zejść śmiertelnych na 11 przypadków), zazwyczaj też postać tę biorą za zapalenie wyrostka.

C. Zapalenie gruźlicze otrzewny.

Gruźlica otrzewny zdarza się rzadziej u małych dzieci, niż u starszych i młodzieży. Oczywiście w prosówce ostrej otrzewna może być zajęta tak samo, jak i inne narządy, ostre to jednak zapalenie z wysiękiem ginie śród innych objawów gruźlicy, to też sprawą tą zajmować się nie będę, ale opiszę tylko postać przewlekłą. U noworodków należy ona do rzadkości, częściej zdarza u dzieci od lat 5—10, najczęściej u młodzieży. Zakażenie otrzewny idzie przez naczynia krwionośne, dokąd dostaje się przez narządy oddechowe, punktem wyjścia są gruczoły oskrzelowe.

Anatomia patologiczna. Utrzymywano, że wysięk gruźliczy otrzewny jest zawsze nieznaczny, przeciwstawiano więc go wysiękowi w marskości wątroby, nie jest to prawda, gdyż i wysięk gruźliczy jest często obfity, jak to zresztą stwierdzić mogłem u 9-letniej dziewczynki. Zazwyczaj jednak wysięk gruźliczy nie jest obfity, ale ograniczony, otorbiony, mało ruchomy, surowiczy lub cytrynowy, surowiczo ropny, wyjątkowo czarny lub krwawy. Zrosty obfite sklejają pętle kiszek z wątrobą, śledzioną,

przeponą i ścianą brzuszną. Z błon rzekomych grubych tworzą się guzy przed pętlami kiszek, znajdujemy w nich gruzełki w różnych okresach rozwoju, na otrzewnie trzewiowej znajdujemy również gruzełki prosowate. Skutkiem dość częstego przedziurawienia kiszek znajdujemy otorbione ogniska ropne i ropno-kałowe, zawierające często ciała obce pokarmowe; skutkiem przedziurawienia mogą się sklejać dwie pętle kiszek, przedziurawienie iść może na zewnątrz i wytworzyć odbyt nienaturalny.

Gruźlica otrzewny według Rilliet'a i Barthez'a częściej jest ograniczona, niż ogólna i głównie umiejscawia się w okolicy wątroby, śledziony, przepony. Przy jednoczesnej gruźlicy kiszek i otrzewny, raczej ta ostatnia, jak dowodzi doświadczenie, jest pierwotną. W przebiegu choroby dochodzi do rozpadu i owrzodzeń w masach serowatych z zejściem śmiertelnem, niekiedy jednak zwycięża sprawa twórcza—bujanie tkanki łącznej, która zastępuje gruzełki, co sprzyja wyzdrowieniu, oczywiście z następczymi zrostami, z niekształceniem, zwężeniem i ich następstwami w przyszłości.

Z anatomicznego punktu widzenia rozróżniamy 3 postaci (Maurage Peritonite tuberculeuse Paris 1899): 1) prosówkę ostrą, 2) postać włóknisto-serowatą ogólną lub ograniczoną (miednica, prawy dół biodrowy 3) postać włóknistą zlepną lub wyskokową (gruźlica opłucno-otrzewnowa, puchlina brzucha przewlekła i t. p.), ostatnia ta postać należy do najbardziej wyleczalnych bez zabiegów chirurgicznych.

Objawy. Choroba rozpoczyna się zazwyczaj niepostrzeżenie, zwiastują ją bóle rozsiane w brzuchu, brak łaknienia, rozwolnienie naprzemian z zaparciem, poczem, występuje wzdęcie brzucha, skutkiem czego ubranie staje się ciasnem. Skoro choroba rozwinie się znacznie, powiększenie brzucha tak znacznych dosięga rozmiarów, że zwraca już na siebie uwagę, w każdym

razie boki są mniej wypukłe, niż w zwykłej puchlinie brzusznej. Przy obmacywaniu brzuch twardy, oporny, bolesny w pewnych punktach, chełbotania często brak, a płyn wogóle przesuwa się z trudnością, pluskania nie bywa; w różnych miejscach brzucha wyczuwamy twarde, nierówne guzy, odgłos opukowy nie występuje tak ściśle jak w puchlinie zwykłej, gdyż fałdy i zrosty sprawiają nierównomierny rozdział płynu w jamie. Zdarza się jednak, że gruźlica otrzewny wywołuje puchlinę brzucha, występują wtedy wszystkie właściwe tej ostatniej objawy; tę to postać uważano dawniej za puchlinę samoistną. Tego rodzaju puchlina gruźlicza brzucha może wyleczyć się samoistnie, a po wessaniu czujemy wyraźny chrzęst (bruit de neige) skutkiem tarcia zrostów. Zmniejszenie brzucha dojść może po wessaniu wysięku aż do spłaszczenia skutkiem tego, że zrosty wciągają ścianę brzuszną. W okresie tym występuje zazwyczaj uporczywa biegunka i silne wychudzenie; wymioty zdarzają się rzadko. Przebieg choroby powolny, niekiedy na czas dłuższy ustają wszelkie bóle, a stan ogólny poprawia się, rzadko na stałe, w przeciwnym razie rozwija się charłactwo, poty nocne i gorączka wieczorem, obrzęk kończyn i choroba kończy się śmiercią z wyniszczenia. W przebiegu gruźlicy otrzewny mogą rozwiązać się suchoty płucne lub też objawy ostrej gruźlicy otrzewny. O ile nie wystąpią powikłania, choroba trwa około 6—13 miesięcy.

Rozpoznanie jest łatwe wtedy, gdy mamy przed sobą typowe objawy gruźlicy otrzewny: powiększenie wymiarów brzucha, wysięk nieznaczny, wyczuwanie nierównych guzów brzuchu zły, stan ogólny, podejrzane wywiady. Podejrzewać raka u dzieci nie mamy zasady, wszakże należy mieć na uwadze puchlinę brzuszną pochodzenia wątrobowego, gruźlicę gruczołów krezkowych i zwykłe przewlekłe zapalenie otrzewny. Co do tej ostatniej Rilliet i Barthez 2 tylko niewątpliwe spo-

strzegł przypadki, należy więc dokonywać, nim postawimy takie rozpoznanie, szczepienia próbnego na świnkach, zwrócić rėwnież należy uwagę, że w płynie otrzewnowym w gruźlicy znajdujemy wielką ilość limfocytów. Marskość wątroby zarówno przymiotowa, jak pijacka zdarza się u dzieci dość często w tych razach rozpoznanie oprzeć należy na wywiadach i wynikach leczenia. Guzy otrzewny wogóle są rzadkie, wykrycie więc guzów przypisać prawie zawsze u dzieci należy gruźlicy, trudniejsze jest odróżnienie od gruźlicy gruczołów. Rokowanie nie jest wogóle złe, przypuszczam, że opisywane dawniej p. n. dobrotliwej puchliny brzusznej przypadki były łagodną postacią gruźlicy otrzewny.

Leczenie. Grisolle zaleca częste pryszczydła[1] na brzuch, mniej skuteczne działanie mają przyżegania i jodynowanie; do wewnątrz Thomas zaleca kreozot i lawatywy. Przy wysięku obfitym zalecamy przekłucie, po którem wstrzykujemy do otrzewny jodynę, naftol kamforowy oraz wyjałowione powietrze. Chirurdzy angielscy (Lawson-Tait, Kilner Clarke, O'Collagan) otrzymali wyniki dobre po prostem otwarciu brzucha, Terrillon sprawie tej poświęcił pracę nader ciekawą (Sem. méd. 1890). Zapominać nie należy, że gruźlica otrzewny jest uleczalna przy stosowaniu wyłącznem leczenia wewnętrznego. W każdym razie zabieg chirurgiczny jest przeciwskazany, tam gdzie mamy inne zmiany gruźlicze w ustroju, charłactwo lub białkomocz.

---

[1]) W praktyce mojej widziałem kilkanaście przypadków gruźlicy otrzewny u dzieci od 5—15 lat, ani jedno nie zakończyło się śmiercią. Jako przyszczydeł używałem wcierań w skórę brzucha mydła szarego, obok zaś tego stosowałem kąpiele słone, dyetę wzmacniającą, ze środków zaś wewnętrznych żelazo z arszennikiem (woda Roncegno i Levico), o ile dobrze były znoszone, w przeciwnym razie arszennik pod skórę (natrum i ferronatr. cacodylicum).

(*Przyp. tłom*).

Stan ogólny podtrzymywać należy wszelkimi sposobami: dyeta, środki wzmacniające, tran, pobyt na świeżem powietrzu, wody słone, kąpiele morskie.

D. Guzy otrzewny.

Guzy w otrzewnie rozwijać się mogą w sieci, krezce lub innych miejscach, najczęściej są torbielami. Opisywano torbiele skórzaste, zawierające włosy, zęby, kości i t. p., zrośnięte z trzewiami i opróżniające się niekiedy do kiszek lub pęcherza, torbiele te głównie wychodzą z jajników, nie oszczędzają jednak sieci i krezki. Zdarzają się i torbiele surowicze śluzowate, chłoniakowate pochodzące ze zdwojeń otrzewny i uchyłków kiszkowych. Marfan opisał torbiel wielokomorową sieci, groniastą (Presse méd. 1896), są one nader ciekawe ze względu na swą ruchomość oraz postać okrągłą i kulistą i mogą jak w przypadku Marfan'a, wywoływać puchlinę brzuszną, co uniemożliwia rozpoznanie przed otwarciem brzucha. Do najciekawszych należą torbiele krezki, rozwijające się między dwoma listkami otrzewny głównie z naczyń chłonnych. F. S. Eve (1897) dokonał operacyi w 3-cim miesiącu u $3^1/_2$ letniego dziecka. Guzy powyższe na razie nie wywołają zmian żadnych, mogą jednak wywołać w końcu niedrożność uciskową kiszek (Colby, Moynihan Brit, med. Journ. 1898, 1897). W przypadku Colby'ego (7 letnie dziecko) guz uciskał pętle kiszek cienkich i posiadał ścianę, zawierającą liczne gładkie włókna mięsne, zawierał płyn różowawy o c. g 1023. ze znaczną ilością białka i cholestearyny, w przypadku, Moynihan'a płyn w torbieli był chłonką, czystą, a guz również uciskał pętle kiszek. Ostatni z wymienionych autorów proponuje podział następujący: 1) torbiele surowicze, 2) chłonne, 3) bąblowce, 4) krwawe, 5) skórzaste, 6) złośliwe. Do zwykłych objawów należy zaliczyć

guz w brzuchu nieco z boku początkowo później pośrodku; guz zwykle jest ruchomy, może się okręcić około swej osi, powyżej poniżej i nad nim odgłos opukowy jasny. Z guzów tych, które mogą mieścić w sobie do 1500 gm. zawartości, jedne nie dają żadnych objawów, inne zwykłe objawy guzom właściwe, głównie niedrożność kiszek; uciec się trzeba wtedy do operacyi.

Sarwey (Cent. f. Gynäk. 1898) podaje przypadek guza u 11-letniej dziewczynki, która od lat 4 miała guz brzucha, z którego kilkakrotnie wypuszczano płyn mleczny, autor dokonał laparotomii, znalazł guz pozaotrzewnowy, wypuścił 5 litrów zawartości, wyciął szypułę tuż u główki trzustki, wyciął torbiel i nałożył szwy, wyzdrowienie. Guz był torbielą jednokomorową, zawierającą chłonkę.

E. Choroby pępka.

Zapalenie pępka (omphalitis) jest zapaleniem ropówkowem, występuje w 2 lub 3 tygodniu przy źle zagojonej, źle opatrywanej, zabrudzonej i zakażonej pępowinie. Cała okolica pępka jest wypuklona, i zaczerwieniona, gorąca i napięta, pośrodku znajdujemy owrzodzenie ropiejące w mniejszym lub większym stopniu. Natężenie zapalenia jest rozmaite, sprawa ogranicza się do nieznacznego zaczerwienienia z obrzmieniem, poczem wkrótce następuje wessanie lub tworzy się ropiówka powierzchowna albo głęboka, sięgająca nawet do otrzewny i wywołująca posokowate jej zapalenie. Niezależnie od zapalenia zwykłego może rozwinąć się róża pępka skutkiem zakażenia paciorkowcami, róża może przejść na skórę całego ciała i wikłać się również zapaleniem otrzewny. Zgorzel poprzedza zwykle zapalenie posocznicze, jest ona powikłaniem zapalenia pępka, rozpoczyna się od brzegów rany pępkowej i szerzy się po powierzchni

w głąb kraterowato, skóra okoliczna jest twarda, nacieczona, czerwona, bolesna; po odpadnięciu strupa może wystąpić krwotok, przedziurawienie otrzewny, odbyt sztuczny i t. p. Oczywiście powikłanie tego rodzaju jest bardzo ciężkie: na 191 przyp. Fürt'a (Wien. klin. 1884) 169 zakończyło się śmiercią.

Dawnie opisywano oddzielnie zapalenie naczyń chłonnych pępkowych, jest ono jednak zwykłym objawem w zapaleniu i róży. Zapalenie tętnic pępkowych może wystąpić przed odpadnięciem pępowiny skutkiem niezachowania czystości przy podwiązaniu, kąpieli brudnych lub zakażenia połogowego. Na zwłokach Runge znajdywał zakrzep w obu tętnicach pępkowych niekiedy sięgający aż do pęcherza. Rzadziej zdarza się zapalenie żył, cechujące się zgrubieniem żyły, idącej do wątroby. W obu tych ostatnich cierpieniach, zazwyczaj jednoczesnych występują objawy posocznicy z zejściem w zapaść i śmierć, to też zmiany te znajdujemy dopiero na zwłokach, za życia zaś mamy gorączkę, żółtaczkę, spiączkę i zapaść; pępek nie zabliźnia się, ale ropieje; według Bednar'a i Widerhofera, uciskając z dołu ku górze, wycisnąć można z tętnic przez pępek nieco ropy. W 55 przypadkach Runge'go nie wszystkie wypadki kończyły się śmiercią, najstarsze dziecko miało 18 dni, najmłodsze 4 dni. Rokowanie jest złe, leczenie zazwyczaj bezskuteczne. Uprzedzić chorobę można przez stosowanie opasek przeciwgnilnych: z jodoformu, dermatolu, airolu, arystolu, nigdy zaś z karbolu. Rana pępkowa zawsze otwiera wrota dla wkroczenia drobnoustrojów ropotwórczych a niekiedy l. okrężnicy, starannie więc wrota te zabezpieczyć należy.

O w r z o d z e n i e p ę p k a. Zazwyczaj zakażenie pępka nie wywołuje tak ciężkich, jak opisano powyżej, przypadków, częściej znajdujemy zwykłe owrzodzenia. Ropienie zwykle i owrzodzenie po 8—15 dniach obmywania wodą przegotowaną borną i pudrowaniu jodoformem

goi się, a gdy ziarnina wybuja zbyt silnie, co widzimy po rozsunięciu fałd pępka—wystarcza kilkakrotne przyżeganie lapisem.

Gruczolak pępka. Niekiedy zamiast wybujałej ziarniny na dnie pępka wyrasta gruczołek, uchyłek kiszki. Opisał je Lannelongue i Frémont (Arch. de méd. 1884), Villar (Paris. 1886) Phocas (Nord. méd. 1898), usuwać je należy przez przyżeganie lub wycięcie.

Krwotoki pępkowe dzielimy na pierwotne lub wtórne.

1. Bezpośrednio po urodzeniu skutkiem źle podwiązanej pępowiny, szczególniej gdy ta ostatnia jest gruba, może wystąpić krwotok, w braku opieki kończący się śmiercią.

2. Po odpadnięciu pępowiny krwotok wtórny jest objawem nie samoistnym, a następstwem zakażenia, przymiotu dziedzicznego lub krwawiączki. Często jednocześnie mamy krwotoki z żołądka, kiszek, pęcherza etc. Ranę pępkową należy albo obkłuć ująć w szczypce.

Zapobieganie zakażeniu pępka polega na bezgnilnem podwiązywaniu pępowiny i założeniu opaski bezgnilnej, najlepiej watą wyjałowioną i proszkiem przeciwgnilnym, wstrzymaniu się od kąpieli chyba z wody przegotowanej.

ROZDZIAŁ VII.

Choroby wątroby.

A. Żółtaczka.

Żółtaczka jako objaw zdarza się u dzieci dość często, u noworodków jest chorobą swoistą, u dzieci zaś star-

szych nie różni się niczem od żołtaczki u dorosłych i jest następstwem nieżytu dróg żółciowych lub kamicy.

1. *Żółtaczka noworodków.*

Przyczyny. Żółtaczka może wystąpić sporadycznie bez przyczyn widocznych już w pierwszych dniach życia zarówno u dzieci mocnych jak i słabych. Gorzej, gdy żółtaczka wystąpi z gorączką w domach położniczych, jako choroba gorączkowa zakaźna, nagminna i zaraźliwa, często wtedy kończy się śmiercią. Towarzyszy również zapaleniu otrzewny u noworodków. Dzieci, zrodzone w zamartwicy, są więcej usposobione do żółtaczki.

Pochodzenie tego rodzaju żółtaczki nie jest wyjaśnione ostatecznie, powstawanie jej przypisywano zatrzymaniu smołki, czopowi śluzowemu (Virchow), zmianom we krwi (hémaphéisme), nagłemu wstrzymaniu krążenia pępkowego skutkiem podwiązania pępowiny. Są to jednak przypuszczenia. Niewątpliwie odgrywa tu rolę zastój żylny i zamartwica skutkiem złego położenia, porodu ciężkiego, wogóle jednak żółtaczka noworodków jest wątrobopochodna. Niekiedy zależy ona od zmian wrodzonych w drogach żółciowych (zatkanie lub brak przewodu wspólnego, wątrobowego, zanik pęcherzyka i t. p.), przymiotu wątroby, posocznicy połogowej. Pod tym względem typowy przypadek podaje Henoch: u 4 m. dziecka, zmarłego skutkiem żółtaczki, znaleziono oliwkową, małą wątrobę, pęcherzyk zanikły oraz brak zupełny przewodów żółciowych. Lindsay (Arch. of Ped. 1896) opisuje żółtaczkę u 4 m. dziecka, które zmarło z krwotoku żołądkowo-kiszkowego; na zwłokach stwierdzono brak przewodu wspólnego i wątrobowego, marskość wątroby, zanik pęcherzyka. Na 49 przypadków żółtaczki, zebranych przez Thomson'a (Edinburgh 1892), 16 żyło więcej niż 4 miesiące, 2 powyżej 8 m., w połowie przypadków no-

worodki marły po kilku dniach, śmierć następowała skutkiem krwotoków.

Żółtaczka zdarza się bardzo często u noworodków słabych, które nie dosięgają wagi przeciętnej. W zakładach położniczych ma przebieg choroby zakaźnej ostrej, jest to t. z. choroba Winckel'a lub zimnica żółtaczkowa złośliwa z hemoglobinuryą; wyższym stopniem tej choroby jest zwyrodnienie tłuszczowe ostre noworodków (Baginsky).

Anatomia patologiczna. W żółtaczce ciężkiej znajdujemy głębokie zmiany w narządach, zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i nerek, przerost śledziony, zabarwienie żółtaczkowe narządów wewnętrznych, wybroczyny na płucach, sercu i ośrodkach nerwowych.

W przypadku Picot'a i d'Espine'a stwierdzono przerost wrodzony wątroby prawdopodobnie przymiotowy, kanaliki były przepełnione komórkami nabłonkowemi, a ściany ich były zgrubiałe.

Objawy. Choroba wystąpić może w pierwszych chwilach po urodzeniu, zwykłe 2 lub 3-go dnia. Skóra raptem staje się żółtą, żółtaczka szybko przechodzi na łącznicę i inne śluzówki. Wystąpienie zabarwienia na białkówce i języku odróżnia żółtaczkę istotną od zabarwienia podżółtaczkowego, często zdarzającego się u noworodków, żółtaczka istotna zresztą wywołuje zabarwienie moczu i odbarwienie kału. Zabarwienie jest wogóle słabsze, niż u dorosłych, mocz jest bledszy, ale zawiera barwniki żółci, a stolce nie zawsze odbarwione, robi to wrażenie jakbyśmy mieli do czynienia ze wzmożonem wydzielaniem żółci. Po 4—8 dniach zazwyczaj żółtaczka ustępuje zupełnie. Dzieci niektóre w czasie choroby ssą dobrze i zyskują na wadze, natomiast większość krzyczy, domaga się ciągle piersi i traci na wadze.

W żółtaczce złośliwej choroba rozpoczyna się gorączką, tętno szybkie, a po kilku dniach śród śpiączki

dziecko umiera, postać ta wywołuje niekiedy krwotoki z pępka i kiszek, wymioty i biegunkę.

Rokowanie zależy od istoty choroby, zwykła żółtaczka ustępuje szybko, zakaźna jest prawie zawsze śmiertelna; nie lepsze jest rokowanie w przypadkach wad wrodzonych w wątrobie i przewodach. Leczenie wogóle bezsilne.

2. *Żółtaczka u dzieci starszych.*

Przyczyny. Zwykłą przyczyną żółtaczki jest nieżyt dróg żółciowych, niekiedy występują bóle, które wskazują na kamicę. Ta ostatnia, acz wyjątkowo, zdarzyć się może zarówno u dzieci starszych, jak i noworodków. Osobiście nie spostrzegałem żółtaczki ze wzruszenia, przypadki tego rodzaju podaje Coulon (La méd. inf. 1894). Pewną rolę odgrywa niestrawność, rozszerzenie żołądka, i krzywica, dzięki odbywającym się wtedy fermentacyom nieprawidłowym w kiszkach i złośliwym drobnoustrojom, które wtórnie mogą zakazić drogi żółciowe. Wobec tego żółtaczkę należy uważać za łagodne zakażenie dróg żółciowych. Najmłodsze dziecko z żółtaczką miało 18 m., u 2, 5 letniego chłopca, zrodzonego z rodziców, cierpiących na kamicę, występowała żółtaczka z kolką wątrotrobianą i powiększeniem wątroby, kolka jednak u dzieci występuje zwykle w poronnej postaci, co utrudnia rozpoznanie.

Objawy. Powłoki, jak i u dorosłych, są zabarwione mocz barwy mahoniu, kał odbarwiony gliniasty, zwykle nadto mamy zaparcie stolca, język obłożony, łaknienie zmniejszone przy wzmożonem pragnieniu. Tętno normalne lub nieco przyśpieszone albo zwolnione, nie w takim jednak stopniu, jak u dorosłych, Henoch nawet, odrzucał zwolnienie tętna w żółtaczce u dzieci. Wątroba zazwyczaj powiększona, wyczuwalna, ale przez czas krótki. Dziecko cierpi na bezsenność, sen wogóle niespokojny.

Choroba trwa 15 — 21 dni, często ulega nawrotom, ale kończy się pomyślnie, przypadków ciężkich u dzieci starszych nigdy nie widziałem. U dzieci starszych opisywano niekiedy żółtaczkę krwiopochodną z urobilinuryą, ale bez odbarwienia kału (Hayem Soc. méd des hôp. 1897).

Leczenie. Woda Vichy po 2—3 kieliszków dziennie, dyeta mleczna, środki czyszczące (kalomel po 0,5, ol. rycynowy 10—15 grm.), kąpiele; dobre wyniki dają drobne dawki kalomelu 0,01 — 0,02. Stosować również można lawatywy obfite z wody zimnej (1 — 2 litrów 15° — 18° (Krull i Kraus Arch. f. Kinderhadlk. 1886). Wogóle niezależnie od metod choroba ustępuje szybko.

B. Kamica żółciowa.

Wogóle żółtaczka rzadko bardzo rozwija się u dzieci skutkiem kamicy, na wielką ilość oględzin raz zaledwo znalazłem kamienie u 5-letniej dziewczynki, zmarłej z niedokrewności złośliwej. Inni wszakże autorzy opisują kamienie u dzieci, noworodków, a nawet u płodów (Mercat, Gourdin-Servinière Paris 1884 i 1889), Cuffer (Soc. anat. 1877) podaje przypadek kamicy u 29 dniowego dziecka charłaczego z żółtaczką, Portal (1813) widział przypadek podobny, Lieutaud (Ac. d. méd. 1847) opisuje przypadek żółtaczki, zakończony śmiercią na 26 dzień życia, w którym znalazł kamienie w pęcherzyku i przewodzie pęcherzykowym, kamień wielkości grochu zatykał ujście przewodu wspólnego w dwunastnicy. Thomson (Edenb. Hosp. Rap. V, 1898) u noworodka z silną żółtaczką, zmarłego po 3 tygodniach stwierdził obecność wielu kamieni z mucyny i biliwerdyny i przytacza przypadek analogiczny Lionel'a S. Beale'a u 8 m. płodu. Thomson przypuszcza, że kamica rozwija się w czasie życia płodowego i zależy od zarośnięcia lub zatkania wrodzonego dróg żółciowych. Kamica wrodzona wywołuje silną żół-

taczkę i kończy się śmiercią. Kamica nabyta u dzieci i młodzieży zdarza się chyba wyjątkowo.

C. Przekrwienie wątroby.

Przekrwienie wątroby zdarza się u dzieci dość często jako następstwo zaburzeń w trawieniu, mianowicie przekarmienie i samozatrucie żołądkowo-kiszkowe wywołuje przekrwienie skutkiem przepracowania wątroby. Wywołują ją też z zatrucia wogóle (wyskok) oraz jady w chorobach zakaźnych zawsze wpierw nim nastąpi zwyrodnienie tłuszczowe, stąd też gorączki wysypkowe, błonica, dur, zimnica i gruźlica wywołują zwykle znaczne przekrwienie narządu, toż samo zresztą widzimy w żółtaczce łagodnej.

Prócz czynnego, w wątrobie może wystąpić przekrwienie zastoinowe w chorobach serca i płuc oraz w zniekształceniu krzywiczem klatki piersiowej.

Wątroba przekrwiona powiększa się znacznie, jest mięka, czerwona, niekiedy usiana wybroczynami, z przekroju wypływa znaczna ilość krwi. Wątroba zastoinowa-muszkatałowa, ma wygląd swoisty, skutkiem tego, że żyła wątrobowa otoczona jest ciemnoczerwoną obrączką, na tle ogólnem blado-szarem; pod mikroskopem znajdujemy rozszerzenie żył środkowych i obwodowych, miejscami rozrzucone naczynia włosowate, komórki wątrobne zawierają nadmiar tłuszczu, w wątrobie sercowej rozszerzona nadmiernie sieć naczyń skutkiem ucisku wywołuje zanik i spłaszczenie komórek wątroby.

Wątroba jest powiększona, gładka, bezbolesna, żółtaczki brak (mocz skąpy, ciemny, stężony, zawiera urobilinę i barwnik brunatny). Chorzy uskarżają się na niestrawność, brak łaknienia, wzdęcie brzucha, biegunkę naprzemian z zaparciem stolca, niekiedy stwierdzamy powiększenie śledziony. Skóra sucha, ciemno zabarwiona, w przypadkach cięższych krwotoki nosa, plamica,

obrzęk kończyn dolnych. Przekrwienie wątroby w przebiegu chorób zakaźnych nie zwraca na siebie uwagi, rozpoznajemy je przy badaniu chorego, łatwiej jednak rozpoznać przekrwienie wątroby w niedomodze serca, wogóle jednak nieraz trudno odróżnić przekrwienie od stłuszczenia wątroby.

Leczenie zależy od choroby podstawowej, przedewszystkiem zastosować należy antyseptykę kiszek (kalomel po 0,01, 0,02. 3—4 r. d.), po kilku dniach zalecamy sodę, benzonaftol etc., dyeta przez czas cały –mleczna. Oczywiście w niedomodze serca należy podawać naparstnicę i ostre środki czyszczące. W przekrwieniu ostrem okłady zimne na okolicę wątroby i lawatywy zimne w celu wzmożenia czynności wątroby; jako środek żółciopędny zalecano salicylan sodu, a w zimnicy — chininę.

W przekrwieniu przewlekłem ścisle stosować należy dyetę, unikać wina, potraw pieprznych, dziczyzny, tłuszczów, słodyczy i ciast, pić natomiast mleko, wody naturalne, jeść jarzyny, owoce. Obok tego zalecamy rozcierania, mięsienie ogólne, wodoleczenie. Wskazanie jest Vichy, Pougues, Vals, Chatel-Guyon, Royat, Saint Nectaire.

D. Zwyrodnienie tłuszczowe wątroby.

Stłuszczenie wątroby zdarza się często u dzieci skutkiem ostrych chorób zakaźnych: płonicy, ospy, błonicy, duru, nieżytu płuc, gruźlicy, przymiotu, oraz nieżytu żołądka i kiszek i krzywicy, z trucizn stłuszczenie wywołuje fosfor, arszenik i wyskok.

Wątroba, jak i w przekrwieniu jest powiększona i miękka, zabarwiona na żółto miejscami lub w całości. Pod drobnowidzem znajdujemy rozsiane w zrazikach nacieczenia tłuszczowe, kulki tłuszczu są zarówno w komórkach wątroby jak i w śródbłonku naczyń, kropelki

z czasem rosną, zastępując komórki, a w końcu przestrzenie międzyzrazikowe wypełniają się komórkami małemi.

Za życia możemy podejrzewać stłuszczenie wątroby na zasadzie powiększenia narządu, wychudzenia chorego i ciemnego zabarwienia skóry. O ile wystąpi to po chorobie zakaźnej lub zatruciu rozpoznanie jest łatwe. Rokowanie wogóle jest ciężkie, ale nie beznadziejne, zwykle bowiem mamy do czynienia raczej z otłuszczeniem, niż ze stłuszczeniem.

Leczenie toż samo, co i w przekrwieniu wątroby, należy jednak usunąć z pokarmów wszelkie tłuszcze, które sprzyjają stłuszczeniu.

E. Zwyrodnienie skrobiowate wątroby.

Zwyrodnienie skrobiowate jest następstwem długotrwałego ropienia, przymiotu, gruźlicy, krzywicy i t. p., niekiedy zimnicy i białaczki.

Wątroba powiększona, woskowata, na przekroju kropla jodyny wywołuje zabarwienie ciemno-mahoniowe, przechodzące w niebieskie po dodaniu kwasu siarczanego, fiołek metylaminowy daje zabarwienie od niebieskiego do ciemno-czerwonego. Skrobia zbiera się głównie w błonie środkowej naczyń włosowatych o ścianach wtedy zgrubiałych.

Zwyrodnienie skrobiowate znajdujemy nadto w śledzionie, nerkach i sercu. Gdy sprawa dojdzie do znacznego natężenia, wątroba powiększa się olbrzymio, czynności jednak narządu są długo zachowane, a mocz jest normalny przez czas długi.

Śledziona równocześnie powiększona, występuje biegunka cuchnąca (zwyrodnienie skrobiowate kiszek) i w końcu białkomocz. Jednocześnie występuje blade zabarwienie skóry, obrzęki, charłactwo, liczne krwotoki, raczej zależne od choroby zasadniczej; w tym stopniu choroba

zawsze kończy się śmiercią. To też możemy zapobiegać raczej, niż leczyć zwyrodnienie skrobiowate, starannie lecząc ropienie gruźlicze oraz przymiot.

F. Ropień wątroby.

Ropień wątroby utworzyć się może skutkiem urazu (8 : 45 — Leblond Paris 1892): uderzenia, upadnięcia; rozwija się wtedy nagle po dłuższym okresie skrytym. Spostrzegano również ropień wątroby skutkiem glist (8 przyp.), znajdywano je w ropie lub kiszkach w znacznej ilości; niekiedy za przyczynę możemy uważać zapalenie pępka, najczęstszą wszakże przyczyną jest zapalenie wyrostka robaczkowego (Berthelin 1895), zakażenie idzie wtedy przez żyłę wrotną. Oczywiście rolę główną odgrywa wtedy l. okrężnicy łącznie z paciorkowcem, ropień wątroby zdarza się wreszcie po durze, czerwonce, gruźlicy i posocznicy. U 5 letniej np. dziewczynki ropień wątroby wystąpił w 8 tygodni po nawrocie duru brzusznego (James Swain. Brit. m. J. 1895), w ropie wykryto l. duru oraz gronkowca żółtego.

Ropień może być pojedyńczy (uraz, czerwonka) lub też występują ropnie liczne (posocznica, glisty, zapalenie wyrostka) wreszcie ropnie urazowe. Choroba może nie dawać żadnych objawów. Z objawów widocznych zaznaczyć należy ból w prawem podżebrzu, idący do prawego ramienia, bolesność na ucisk w okolicy wątroby, dreszcze, gorączka, wymioty, z czasem wątroba powiększa się, odsuwa ku górze żebra, wywołuje obrzęk skóry etc., ropnie liczne zwykle nie wywołują żadnych objawów, należy je odgadnąć. Ropień wątroby przebiega niekiedy jako zapalenie ropne opłucny albo daje obraz duru lub zapalenia opon, może wystąpić nadto żółtaczka i krwotoki.

Czas trwania nieokreślony, ropień może opróżnić się do płuca, opłucny, kiszek i przez skórę, kończy się śmier-

telnie, jeżeli pozostawić go samemu sobie, oraz gdzie ropnie są liczne, a czynniki wywołujące bardzo złośliwe.

Rozpoznanie jest trudne, brak bowiem zupełnie objawów lub też objawy są niewyraźne i na ich zasadzie można przypuszczać guz brzucha, torbiel wątroby, zapalenie opłucny, ropień podprzeponowy etc.

Po dokonaniu przekłucia próbnego należy otworzyć szeroko ropień i opróżnić go o ile można najwcześniej, oczywiście cięcie powinno odbywać się warstwami, po opróżnieniu jamę wypłukać i założyć sączek. Jeżeli ropień umiejscawia się pod żebrami, wypadnie wyciąć 1—2 żeber, przy ropniach podprzeponowych dokonać operacyi metodą Lannelongue'a: usunąć 8, 9 i 10 żebra i operować na powierzchni górnej wątroby.

G. Marskość wątroby.

Marskość wątroby rzadko się zdarza u dzieci, jednak spostrzeżenia, ogłoszone w czasie ostatnim pozwalają na skreślenie obrazu choroby.

Rozprawa Grisey'a (Paris 1878) opiera się na 9 spostrzeżeniach Birch-Hirschfeld wspomina o 25, Laure i Honorat (Rev. de mal. des enf. 1887) o pięćdziesięciu kilku, dodawszy do tego spostrzeżenia Palmer Howard'a (Amer. J. of. m. sc. 1887), Goldenhorn'a, von Kahlden'a (Münch. med. Woch. 1888), otrzymamy 70 przypadków, nie licząc puchliny wrodzonej brzucha, zapalenia przymiotowego wątroby (Depasse R. d. m. de l'enf. 1886), które można by słusznie uważać za marskość wątroby.

Przyczyny. Pijaństwo, odgrywające tak ważną rolę w pochodzeniu marskości wątroby u dorosłych, u dzieci gra rolę podrzędną, zaledwo w $1/4$ części przypadków można by wskazać na tę przyczynę, choć nadmienić należy, że pijaństwo szerzy się nawet śród małych dzieci np. w Anglii, a nadto bardzo możliwe, że mamki pijacz-

ki z pokarmem wprowadzają wyskok do ustroju dziecka. Główną przyczyną marskości wątroby jest przymiot, Gubler opisywał przymiot dziedziczny wątroby, a ziarniaki przymiotowe wątroby zdarzają się obok marskości często u dzieci. Zimnica w krajach podzwrotnikowych gra rówież rolę, przyczyną marskości może być również gruźlica; marskość może być następstwem chorób zakaźnych ogólnych. Nieżyt dwunastnicy (przypadek Gordon'a), wrodzona niedrożność przewodu wspólnego (Gibbs) oparzenie brzucha, przeziębienie i uraz są przyczynami wyjątkowemi.

Anatomia patologiczna. Wątroba jest zmniejszona lub powiększona (marskość zanikowa i przerostowa) w przypadku Morel-Lavallée'a (R. d. m. d l'enf. 1885) wątroba 5-letniego dziecka ważyła 465 grm., w przyp. Laure'a mniej niż 1 funt. Wątroba jest żółto-szara, o powierzchni nierównej, ziarnistej, usianej guziczkami różnej wielkości od prosa do orzecha. Skupienie twarde, skórzaste, na przekroju znajdujemy często białe pasma łącznotkankowe, oddzielające od siebie zraziki lub grupy zrazików. Laure i Honorat zwracają uwagę na to, że przekrój jest tłusty, co stwierdzili na 3 zwłokach, proponują więc nazwę marskość przerostowa ze stłuszczeniem, postać tę Hutinel (Bul. méd. 1890) stwierdził u dzieci gruźliczych.

Pod mikroskopem znajdujemy w przestrzeniach międzyzrazikowych tkankę łączną, która uciska zraziki i nieraz wkracza aż do żył wewnątrzzrazikowych, częstokroć marskość bywa obrączkowa i wysepkowa zarazem. Komórki wątroby mogą być nacieczone tłuszczem, a w kanalikach żółciowych znajdujemy zapalenie i bujanie.

Śledziona również bywa stwardniałą, a nadto zapalenie śródmiąższowe znajdujemy i w nerkach.

Główne zatem zmiany są podobne do marskości pijackiej u dorosłych ze zmianami w drogach żółciowych

i otłuszczeniem. Oczywiście, współcześnie mogą wystąpić zmiany w otrzewnie, oraz gruźlica płuc.

Objawy. Zazwyczaj w początkach objawów żadnych nie bywa, u dzieci jednak częściej niż u dorosłych występuje żółtaczka przejściowa lub też stała, częstą przyczyną, ale nie konieczną, jak przekonywamy się na zwłokach, są zmiany w drogach żółciowych. Objawem głównym jest puchlina brzucha, która rozwija się powoli, ale stale, płyn wypełnia jamę brzuszną, odsuwa przeponę i przez niezarośniętą pochewkę sznurka nasiennego dostać się może do kanału pachwinowego. Żyły brzuszne ulegają rozszerzeniu, tworząc charakterystyczne rozgałęzienia. Oczywiście płyn w otrzewnie jest wolny, przesuwa się przy ruchach, chełbocze i nie dozwala wyczuć wątroby, chyba że mamy do czynienia z niewielką jego ilością w marskości przerostowej. Powiększenie śledziony stwierdzamy przy opukiwaniu i obmacywaniu po wypuszczeniu przesięku. Początkowo biegunka i zaparcie stolca występują naprzemian, później wymioty i biegunka są objawem stałym, szybko sprowadzającym wychudzenie. Mocz jest stężony, zawiera białko. Przy przekłuciu wyciągamy 1—6 litrów płynu cytrynowego, zawierającego białko, płyn odnawia się szybko i niekiedy zmuszeni jesteśmy dokonać 3—4 punkcyi w ciągu kilku tygodni. Dziecko szybko chudnie, zjawia się duszność i sprawa kończy się śmiercią. Niekiedy występuje plamica i krwotoki, co razem z żółtaczką naprowadzić może na błędne rozpoznanie żółtaczki złośliwej. Przebieg choroby jest powolny, ale stały, początku choroby oznaczyć niepodobna, licząc wszakże od chwili wystąpienia puchliny brzucha czas trwania choroby jest rozmaity. 6-letni chłopiec (Grisez) zmarł np. 45 dnia, 9-letnie dziecko (Osborn) zmarło nagle po 21 miesiącach choroby, 13-letnie dziecko (Pye-Schmidt) w 3 lata. W każdym razie rokowanie jest złe, gorsze niż u dorosłych, ale wyzdrowienie możliwe i ni-

gdy nie należy tracić nadziei, nim nie zastosujemy długotrwałego leczenia rtęcią (Depasse).

Rozpoznanie wobec rzadkości choroby u dzieci jest bardzo trudne, gdyż mając u dziecka puchlinę brzuszną, przedewszystkiem będziemy przypuszczać gruźlicę, płyn jednak wolny, żyły na skórze brzucha silnie rozwinięte, obecność żółtaczki, brak objawów gruźliczych ze strony płuc przemawiają za marskością, należy jednak zebrać wywiady dla wykrycia przyczyny marskości. Obecność gruźlicy u wstępnych nie wyklucza marskości, która jak doniósł Hutinel wywołuje marskość ze stłuszczeniem o objawach takich samych jak marskość pijacka lub przymiotowa. Wykluczyć puchlinę brzucha z powodu wady serca—łatwo. W przypadkach wątpliwych rozstrzygnie opróżnienie jamy brzusznej i badanie płynu, obecność limfocytów przemawia za gruźlicą otrzewny.

Leczenie. Laure dla zapobiegania zaleca unikać podawania w chorobach zakaźnych wyskoku. W przymiocie należy stosować leczenie swoiste, po za tem pozostaje tylko leczenie objawowe. Nie należy nadużywać punkcyi, traci się bowiem przez to wiele białka. Do wewnątrz podajemy środki moczopędne (scilla, naparstnica, kofeina), dyeta mleczna, jodek potasu (2—3 grm.) i wcierania szaruchy w przymiocie.

Przejdziemy teraz do opisu poszczególnych postaci marskości.

1. Marskość zanikowa.

Marskość zanikowa typu Laennec'a zawsze prawie jest wynikiem zatrucia wyskokiem, są jednak dane, pozwalające przypuścić, że sprawa powstać może wtórnie, skutkiem przeniesienia sprawy zapalnej z otrzewny na otoczkę wątroby, a stąd na tkankę łączną międzyzrazikową. Marskość zrazikowa rozpoczyna się zawsze na-

około rozgałęzień żyły wrotnej, tędy bowiem wyskok dostaje się do wątroby. Marskość zanikową wątroby u dzieci najczęściej spotykamy w Anglii skutkiem nadużycia trunków, Barlow spotykał ją w 6 i 9 miesiącu, najczęściej między 5—14 rokiem, chłopcy ulegają jej częściej, niż dziewczęta.

Wątroba marska jest mała, zanik po największej części występuje częściowo, ograniezając się do jednego zraza, w ten sposób zraz lewy może stać się jakby języczkiem. Powierzchnia wątroby nierówna, żółtawa, usiana ziarnami od łebka szpilki do orzecha. Otoczka zgrubiała, istota wątroby stwardniała, na przekroju są ziarna wyraźne. Pod mikroskopem znajdujemy stwardnienie obrączkowe wielozrazikowe z udziałem żył wrotnych i wątrobnych. Kanaliki żółciowe nietknięte, komórki wątroby zepchniętee, ale nie zniszczone.

W początku choroby występuja objawy niestrawności, brak łaknienia wzdęcie, zaparcie, wymioty. Dziecko prędko chudnie jednocześnie z nadmiernem powiększeniem brzucha skutkiem puchliny, w pierwszych okresach choroby puchlina brzucha może występować i znikać nim ustali się na zawsze, dosięga jednak w końcu olbrzymiego stopnia i wywołuje rozszerzenie żył na skórze brzucha. Przesięk jest cytrynowy. W opróżnieniu brzucha znajdujemy zanik wątroby i przerost śledziony.

Rzadko bardzo występuje żółtaczka, zazwyczaj jednak skóra jest nieco żółtawa. Obok objawów powyższych mogą wystąpić wymioty krwawe, krwawienie z nosa, stolce krwawe, biegunka, duszność, obrzęk płuc. Mocz stężony zawiera urobilinę i mało azotu (hypoazoturia). W końcu mamy zupełne charłactwo. Choroba trwa krócej, niż u dorosłych, obostrzenia z gorączką przyspieszają koniec fatalny, który jest zresztą zejściem zwykłem marskości zanikowej.

W początkach rozpoznanie jest trudne szczególniej

u dzieci, gdyż zazwyczaj marskość nie przychodzi nam na myśl, raczej upatrujemy gruźlicę otrzewny. Nim postawimy rozpoznanie zebrać należy wszelkie dane przyczynowe, badać mocz, płyn przesiękowy, po rozpoznaniu choroby leczyć należy przyczynę, (wyskok, przymiot, zimnica).

Leczenie polega na dyecie mlecznej, podawaniu jodku potasu i od czasu do czasu drobnych dawek kalomelu. Tam, gdzie zbierze się znaczna ilość przesięku, stosujemy przekłucie.

2. *Marskość przerostowa żółtaczkowa.*

Choroba Hanot'a nie należy do wyjątków śród dzieci, Gilbert i Furnier zebrali 7 przypadków u dzieci od 5--15 lat, osobiście spostrzegałem 3 przypadki. Przyczyny choroby nie są znane.

Zwykle przyczyną jest zakażenie nieznanymi drobnoustrojami, idące wzdłuż dróg żółciowych, za przyczynę podawano również przymiot i zimnicę.

Wątroba jest powiększona we wszystkich wymiarach, powierzchnia gładka acz ze śladami zapalenia otoczki, skupienie większe, niż wątroby normalnej, przekrój marmurkowaty zielono-szary, z przekroju obficie wylewa się krew i żółć. Naczynia, przewody i pęcherzyk zdrowe. Śledziona powiększona, ciałka Malpighi'ego z przekroju wypadają z łatwością. Nerki przepojone żółcią. W otrzewnie ślady zapalenia. Pod mikroskopem mamy obraz marskości wysepkowej, pasma łącznotkankowe rozwinięte najsilniej w przestrzeniach międzyzrazikowych, ale idą we wszystkich kierunkach odsuwając elementy szlachetne, zraziki etc. Kanaliki żółciowe średniej wielkości otoczone tkanką łączną, nabłonek ich barwi się z łatwością (periangiocholitis fibrosa c. angiocholitis catarrhalis), małe kanaliki zgrubiałe

tem więcej, im sprawa posunięta jest dalej. Komórki wątroby zachowane.

Choroba trwać może długo i cechuje się 3-ma objawami: żółtaczką, powiększeniem śledziony i wątroby, pochwy brzusznej brak jest również rozszerzenia żył na skórze brzucha, niekiedy znajdujemy wysięk niewielki zapalny w otrzewie. Początek choroby niewyraźny; bóle głuche w podżebrzu prawem, niestrawność i żółtaczka, zdarza się, że objawy te występują po wzruszeniu i wtedy przypuszczamy żółtaczkę zwykłą, tembardziej, że występuje gorączka, która zresztą zjawia się przy każdem obostrzeniu równocześnie z brakiem łaknienia, zaparciem stolca, wychudzeniem, utratą sił. Po kilku tygodniach dziecko wraca do zdrowia, ale żółtaczka niezupełnie ustępuje, wątroba zaś i śledziona są powiększone. Po każdem obostrzeniu żółtaczka staje się coraz ciemniejszą, stolce nie odbarwione. Niekiedy powiększenie śledzony jest większe, niż wątroby (Gilbert i Fournier). W przerwach między obostrzeniami łaknienie dobre, stan ogólny znośny, z czasem jednak rozwija się charłactwo.

Mocz obfity, ciemny, zawiera żółć, bez osadu, we krwi wyraźna leukocytoza. Tętno słabe, w sercu szmery anemiczne, występują często krwotoki. Choroba rozwija się w ciągu lat kilku i po pewnej ilości obostrzeń kończy się charłactwem i śmiercią wśród objawów żółtaczki złośliwej.

Gilbert i Fournier stwierdzili, że równocześnie z powiększeniem śledziony występują u dzieci przerosty członeczków u palców (palec Hyppokratesa), przerosty nasad piszczeli, strzałki, uda z bólami w stawach, stąd opóźniony wzrost i rozwój dziecka.

Rozpoznanie w początkach jest trudne, żółtaczkę zwykłą wykluczamy na zasadzie tego, że kał jest zabarwiony. Zwrócić należy uwagę, że marskość przero-

stowa według Trousseau rozwija się po zatkaniu wrodzonem dróg żółciowych.

Leczenie jak w marskości Laënnec'a.

3. Marskość przymiotowa.

Gubler, opisując hepar silex. (Soc. de biol. 1852) dowiódł, że przymiot dziedziczny wywołuje zapalenie przewlekłe wątroby, później Bamberger, Testelin, Thiry i Virchow i Wagner (1884) znajdywali w wątrobie noworodków gumaty prosowate. Pochodzenie tych spraw jest jedno i toż samo: są obie zapaleniem śródmiąższowem gumatycznem, spotykanem u dzieci pod wpływem przymiotu dziedzicznego, nabyty bowiem nie ma czasu na wytworzenie spraw trzeciorzędnych. Sprawa wystąpić może wcześnie lub późno u dzieci starszych. Marskość zdarza się głównie u noworodków, u dzieci starszych bowiem częściej występują gumaty.

Wątroba jest wielka, podwójnej wagi, żółta, przypomina krzemień (Gubler), na przekroju gładka, nie ziarnista, twarda i elastyczna. Tam, gdzie sprawa jest ograniczona, na tle winnem wątroby widzimy wysepki, podobne do krzemienia.

Obok tej odmiany wątroby krzemieniowej spotykamy niekiedy inną: tło żółte usiane białemi ziarnami prosowatemi (gumaty). W dalszym rozwoju tworzą się wyraźnie gumaty, wielkości grochu lub orzecha, postać ta zresztą bardzo rzadko zdarza się u noworodków, częściej u dzieci starszych. Gumaty są powierzchowne lub głębokie, okrągłe, chrząstkowate, szare lub żółtawe.

Pod mikroskopem w pierwszym okresie znajdujemy rozszerzenie naczyń włosowatych oraz skupienie b. c. krwi, nieco później nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż beleczek wątroby, w przestrzeniach między-zrazikowych, naokoło żył (Hutinel i Hudelo). Nacieczenie drobnokomórkowe, rozszerzając się coraz bardziej, roz-

suwa i wywołuje zanik komórek wątroby, wkrótce rozwija się tkanka łączna, otaczająca naczynia i kanaliki w postaci mankietu. Ziarenka są zbiorowiskiem komórek zarodkowych lub też wrzecionowatych bez otoczki.

Sprawa powyższa nie daje żadnych objawów i przebiega skrycie; płód rodzi się nie na czasie, wymiękły, żółtaczkowy, w niektórych przypadkach spostrzegano nadmiar wód płodowych. U dzieci żywo zrodzonych wątroba jest powiększona, brzuch kolisty, śledziona wielka wyczuwalna, niekiedy puchlina brzucha, rzadziej żółtaczka. Oczywiście nie byłoby to charakterystyczne dla przymiotu, gdybyśmy współcześnie nie mieli ziemistego zabarwienia twarzy, zmian w odbycie i narządach płciowych, nieżytu uszu i rozpadliny na wargach.

U dzieci starszych wątroba jest powiększona, często nierówna, zrazowata, w końcu może uledz znacznemu zmniejszeniu, wywołując puchlinę brzuszną, rozszerzenie żył ścian brzusznych, biegunkę, niestrawność etc.

Tam, gdzie brak innych objawów przymiotu, rozpoznanie jest trudne, gdyż przymiot wątroby różni się mało od wątroby wielkiej w niestrawności, gruźlicy, wadach serca, wreszcie od zwykłej marskości zanikowej przerosowej. To też zawsze w chorobach wątroby należy mieć na uwadze przymiot i stosować leczenie mieszane rtęcią i jodem.

4. *Marskość gruźlicza.*

W gruźlicy ogólnej u dzieci małych najczęściej ulega chorobie po narządach oddechowych—wątroba i śledziona. Na 28 zwłok dzieci gruźliczych w wieku poniżej 2 lat w 13 przypadkach znalazłem gruzełki w wątrobie. Są to gruzełki małe, prosowate na pół przezroczyste, rozsiane na powierzchni i w głębi narządu lub też wię-

ksze żółtawe, serowate, okrągłe. Niektóre z nich są zabarwione żółcią i znajdują się w blizkości dróg żółciowych, coby wskazywało na to że gruźlica przejść może z kiszek przez drogi oddechowe, w istocie jednak, jak dowiódł Jacobson (Paris 1898), tak samo jak i w innych narządach l. gruźlicze dostają się do wątroby drogą tętnicy i gruźlica wątroby jest tylko rozdziałem jednym gruźlicy ogólnej. Marskość gruźlicza wątroby rzadko występuje pierwotnie, według Hutinela i Auschera rozróżniamy 3 jej kategorye 1) wątroba sercowa i gruźlicza, 2) wątroba pijacka i gruźlicza, 3) marskość z zapaleniem gruźliczem otrzewny. Zazwyczaj marskość bywa przerostowa ze stłuszczeniem, wyjątkowo zdarza się zanik. Jednocześnie występująca gruźlica otrzewny wywołuje marskość, idącą z otoczki na podobieństwo suchot włóknistych, rozwijających się z opłucny. W beleczkach łącznotkankowych, przecinających wątrobę i zajmujących przestrzenie międzyzrazikowe znajdujemy ogniska drobnokomórkowe i komórki olbrzymie, nie tworzące jednak gruzełków widocznych i nie zawierające laseczników Kocha. Powyższa postać marskości wogóle jest najmniej znana i trudna do rozpoznania.

5. *Marskość skutkiem wad serca.*

Hanot i Parmantier oraz Hutinel dowiedli, że marskość sercowa zdarza się u dzieci, acz rolę wywołującą odgrywają nie tyle wady zastawek ile zrosty osierdzia. Zaburzenia, wywołane przez choroby osierdzia, znajdują podtrzymanie w zakażeniach i zatruciach pochodzenia kiszkowego, chorobach ostrych, gośćcu.

Wątroba jest powiększona muszkatołowa z różowymi ogniskami stwardniałemi, powierzchnia nierówna, zarysy tępe. Pod mikroskopem znajdujemy: przekrwienie zwykłe z rozszerzeniem żyły środkowej i n. włosowatych

promienistych oraz spłaszczeniem komórek wątroby, w innem znów miejscu ogniska krwotoczne ze zniszczeniem komórek. Później nieco następuje bujanie tkanki łącznej, tworzącej ogniska pośrodku zrazika z beleczkami, idącemi promienisto i wywołującemi stwardnienie okołozrazikowe. Wogóle marskość rozsiana jest nieprawidłowo.

Główną uwagę, oczywiście, w początkach zwracają na siebie serce, płuca i przewód pokarmowy: duszność, sinica, brak łaknienia, wzdęcie, zaparcie, dopiero później chorzy zaczynają uskarżać się na ból tępy w okolicy wątroby, promieniujący w kierunku ramienia, wątroba w tym okresie jest już powiększona, z chwilą gdy ustąpią objawy niedomogi serca wątroba wraca również do stanu normalnego, ale po pewnym czasie zmiany są już stałe. Dzieci są wogóle chude, źle rozwinięte, z licznemi żyłkami podskórnemi, obrzękiem twarzy, cienkiemi nogami i wielkim brzuchem. Brzuch jest bezbolesny, puchlina brzuszna niewielka, niepomierna do olbrzymiego brzucha, to też przy obmacywaniu znajdujemy twardą, olbrzymią wątrobę, sięgającą aż do pępka, śledziona jest również powiększona. W dalszym przebiegu następuje znaczne zwiększenie przesięku, obrzęk przechodzi na kończyny, moszne, wikła się niekiedy plamicą. Klatka piersiowa pocięta żyłkami chudnie, zwiększa się sinica warg i kończyn, leżenie na w znak staje się niemożliwem, mocz skąpy, brunatny zawiera urobilinę.

Przy badaniu wywołujemy często szmery, tętno słabe, tępość serca rozszerzona, wierzchołek w czasie skurczu nie wyczuwalny, nie unosi klatki piersiowej, ale wciąga ją. Choroba trwać może długo, przerywana napadami niedomogi i wyrównania. Śmierć następuje skutkiem charłactwa, nagle lub też skutkiem powikłań.

Rozpoznanie jest łatwe po rozpoznaniu wady sercowej, rodzi się tylko wtedy pytanie, czy powiększenie wą-

troby zależy od przekrwienia, stłuszczenia czy też marskości.

Leczenie ogranicza się do środków nasercowych i dyety.

6. *Marskość sercowo-gruźlicza.*

Postać tę najczęstszą w gruźlicy wątroby u dzieci opisał Hutinel. Wątroba w tej postaci jest wielka, na otoczce jej rozwija się zapalenie, skutkiem czego z trudnością wyjąć się daje, otoczka bowiem jest zgrubiała, powierzchnia nierówna. W niektórych miejscach znajdujemy stwardnienie, przekrój fioletowy (wątroba muszkatołowa z wysepkami wylewów włosowatych krwi). W przerwach między ciemno zabarwionemi miejscami, znajdujemy plamy bledsze, szarawe; żyły wątrobne silnie rozszerzone; zależnie więc od przewagi plam ciemnych lub szarych, mamy wątrobę muszkatołową lub marskość ze stłuszczeniem.

Pod mikroskopem uderza nas rozszerzenie żył wątrobowych, centralnych, naczyń włosowatych, zanik komórek oraz obecność ognisk wybroczynowych; w okresie dalej posuniętym rozwija się naokoło żył środkowych stwardnienie z promienisto rozchodzącemi się pasmami wtórnie wkraczającymi do przestrzeni międzyzrazikowych.

U dzieci tego rodzaju nawet wtedy, gdy powierzchownie wątroba jest muszkatołowa tu i owdzie znajdujemy gruzełki, w dalej posuniętej sprawie tworzą się obrączki grube naokoło żyły środkowej, a skutkiem ucisku tkanki łącznej komórki wątroby ulegają zanikowi. Niekiedy wątroba jest przekrwiona i tłusta, a tu i owdzie znajdujemy gruzełki. Jednem słowem zmiany sprowadzają się do gruźlicy i zastoju krwi.

Zawsze znajdujemy zmiany w osierdziu, które jest zgrubiałe, zrośnięte z opłucną, płucami, sercem i usiane

gruzełkami, wtórnie rozwija się stwardnienie mięśnia sercowego, ale zastawki są zdrowe, obok tego spotykamy zserowaciałe gruczoły w śródpiersiu, zrosty opłucny i zrosty otrzewny.

Marskość wątroby rozwija się po gruźlicy błon surowiczych, a zastój w wątrobie zależy od zrostów osierdzia. Wierzchołek serca nie wyczuwalny, tętno małe i szybkie, przy wysłuchiwaniu nie słyszymy szmerów sercowych, ale zmiany właściwe zapaleniu opłucny i przekrwieniu serca.

W przebiegu choroby występuje często sinica, palec Hipokratesa, puchlizna brzucha, obrzęk kończyn dolnych, żółtaczki brak; przerwy trwają dość długo, ale choroba prawie zawsze kończy się śmiercią. Rozpoznanie jest trudne, można je postawić przez wykluczenie.

H. Bąblowiec wątroby.

Przyczyny. Bąblowiec wątroby zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych. Jaja bąblowca dostają się, prawdopodobnie, z wodą do picia, pękają w żołądku, przechodzą do kiszek, a zarodek dostaje się do wątroby przez żyłę wrotną. Pęcherze bąblowca rozwijają się dopiero u dzieci starszych, niemowlęta piersią karmione oczywiście stoją po za granicami niebezpieczeństwa zarażenia się bąblowcem. Archambault spostrzegał 1 przypadek w 3-cim roku życia, Pontou na 22 zebranych przypadków (Paryż 1867) 7 stwierdził u dzieci od 8 — 9 lat. Finsen (Irlandya) spostrzegał bąblowca bardzo często u dzieci, co zależy od ścisłego obcowania w Irlandyi z psami. Rathery, (Paryż 1870) słuszne wypowiada zdanie, że większość przypadków bąblowca u dorosłych odnieść należy do lat dziecięcych, bąblowiec bowiem rozwija się bardzo powolnie.

Anatomia patologiczna. Pęcherz bąblowca zwykle pojedyńczy rozwija się w zrazie prawym i tak jak u dorosłych może w rozmaitym stać stosunku do ściany brzusznej, przepony, wrót etc. Bąblowca wielokomorowego u dzieci nie spotykamy, ściana pęcherza jest zwykle zgrubiała i ściśle zrasta się z tkanką wątroby. Płyn pęcherza czysty jak woda źródlana, zawiera haczyki, pęcherzyki wtórne i nie zawiera białka, niekiedy natomiast zawiera ropę. Punkcya próbna potwierdza rozpoznanie.

Objawy. Określić początku choroby niepodobna, dopiero gdy pęcherz podrośnie występuje szereg objawów guza wątroby wystającego, dostępnego dla obmacywania, opukiwania, niekiedy chełboczącego z tarciem pęcherzy ków o siebie.

Dziecko zazwyczaj nie uskarża się wcale lub czuje tylko ciężar w boku prawym, gdy zaś guz rozwija się pod przeponą powoduje duszność stałą lub napadową, guz rozwija się w dolnej części przez ucisk, wywołuje żółtaczkę lub puchlinę brzucha. Niekiedy nadto spostrzegano niedokrewność, wychudzenie i często krwotoki z nosa. Bohn u 8-letniego chłopca spostrzegał opróżnienie samoistne pęcherza do kiszek z wyzdrowieniem, pęcherz jednak opróżnić się może do otrzewny, wywołując śmiertelne zapalenie, do oskrzeli przez przeponę i powodować ropne zapalenie opłucny.

Czas trwania choroby nieokreślony, rokowanie niepewne, śmierć zawsze możliwa.

Rozpoznanie. Bez przekłucia próbnego trudno nieraz postawić rozpoznanie, choć wogóle mało jest guzów wątroby, dających guz chełboczący w nadpępczu, gdy jednak pęcherz rozwinie się w kierunku płuc lub wrót wątroby, rozpoznanie jest trudne. Jeżeli np. dziecko wyksztusza ropę, krew i pęcherzyki bąblowca, może on pochodzić zarówno z płuc jak i wątroby, z pomocą rozpoznaniu w tym razie przychodzi fakt, że bąblowiec płuc jest o wiele rzadszy, niż bąblowiec wątroby. Zwracając

zresztą uwagę na dane opukowe, wypuklenie klatki piersiowej etc. z łatwością odróżnić można bąblowca górnej części wątroby od zapalenia opłucny.

Leczenie. Po otrzymaniu z przekłucia płynu czystego, nie zawierającego białka, z haczykami bąblowca należy niezwłocznie przystąpić do operacyi. Niekiedy dobre wyniki otrzymywano po opróżnieniu pęcherza Potain'em, poczem zakładamy opatrunek uciskający z waty, zalecając spokój. Niekiedy pomimo tych ostrożności rozwija się pokrzywka. Próbowano również zastrzykiwań do pęcherza płynów przeciwgnilnych (1‰ sublimatu, 1% siarczanu miedzi) w celu zabicia bęblowca i powstrzymania w ten sposób wzrostu pęcherza; w tym celu wkłuwamy igłę Pravatza, wyciągamy płyn i, nie wyjmując igły, wstrzykujemy płyn przeciwgnilny, powtarzając zabieg ten niekiedy kilkakrotnie. W ten sposób uzyskiwano niekiedy poprawę, ale nawroty zdarzały się często. Gdy pęcherz ropieje lub wystąpią objawy zapalne, jedynym środkiem jest laparotomia. Wstrzykując płyn przeciwgnilny np. Van Swieten'a, ściśle dawkować go należy z obawy zatrucia, jak to zdarzyło się z chorym Félizet'a, to też chirurdzy przekładają laparotomię (Phocas. Méd. inf. 1894).

ROZDZIAŁ VIII.

Choroby trzustki.

Trzustka odgrywa rolę nader ważną w trawieniu kiszkowem, a więc i odżywianiu ustroju, patologia jednak tego narządu mało jest znaną, co zależy od głębo-

kiego umiejscowienia narządu, nie pozwalającego na badanie bezpośrednie. To też rozpoznanie ostrego lub przewlekłego zapalenia trzustki należy do nader trudnych zadań dyagnostyki, większość bowiem cierpień trzustki, o ile nie są zbyt wyraźne, przechodzi niepostrzeżenie, a nawet zmiany większe częstokroć znajdujemy przypadkowo dopiero na trupie.

Badając kał, można niekiedy podejrzewać zmiany w trzustce, mianowicie niedrożność przewodu Wirsung'a lub zanik i stwardnienie trzustki. Stolce bowiem przy braku soku trzustkowego są tłuste, w kale znajdujemy tłuszcz łatwo rozpuszczalny w eterze, a pod mikroskopem obok kulek i kwasy tłuszczowe. Stwierdzenie jednak stolców tłustych nie zawsze świadczy o chorobie trzustki, ale często zależy od zmian w wątrobie lub zbyt tłustego pokarmu. Toż samo rzec można o tłuszczomoczu, który, występuje bez zmian w trzustce. Cukrzyca natomiast wyniszczająca świadczy o zmianach w trzustce posuniętych daleko.

Mimo ciemności panujących w patologii trzustki, zwrócić uwagę należy, że zmiany w tym narządzie podkopują odżywianie ogólne, sprowadzając szybkie wychudzenie.

A. Zapalenie trzustki.

Paweł Carnot w 1898 za pomocą szeregu doświadczeń odtworzył wszelkie rodzaje zapalenia trzustki.

Zapalenie ostre. Zapalenie ostre miąższowe zdarzyć się może dość często w przebiegu ostrych chorób zakaźnych (wysypki, świnka, błonica, dur etc.), cechuje się obrzmieniem i zwyrodnieniem tłuszczowem komórek, przekrwieniem oraz powiększeniem gruczołu; postać ta wraz z chorobą zasadniczą ustępuje, ale przejść może również w następstwie w marskość. Przy znacznem nasileniu zapalenia sprawa stać się może krwo-

toczną, gruczoł wtedy nabiera barwy hortensyi czerwono-sinej, z przekroju wypływa surowica krwawa, a nawet skrzepy, krwotok niekiedy jest tak silny, że przebija otrzewnę. Wszelkie postaci zapalenia mogą powstać, o ile oprzeć się można na doświadczeniach, pod wpływem l. okrężnicy. Według Carnota zakażenie następuje drogą wstępującą z kiszek. Zapalenie ropne może być pierwotne lub wtórne, rozlane lub ogniskowe, w pierwszym razie mamy rodzaj ropówki rozlanej gruczołu, w drugim liczne prosowate ropnie rozsiane. Skutkiem zropienia gruczołu może się wytworzyć zbiorowisko ropne otorbione i nieraz dostępne dla badania przez powłoki brzuszne. Ropień opróżnić się może do otrzewny, kiszek, śledziony, poprzecznicy, często wywołuje zgorzel gruczołu. Ropówka trzustki może być następstwem nieżytu zakaźnego kiszek, może uwikłać trzustkę marską lub torbiel trzustki. Ropówka wywołuje ból w okolicy nadpępkowej, niepokój, zmianę rysów twarzy, gorączkę, nudności i wymioty, gorączka jest często rzekomo przestankowa. Przy badaniu znajdujemy rozdęcie brzucha, stwardnienie wgłębi, rzadziej chełbotanie, w wypróżnieniach niekiedy znajdujemy ropę oraz cząstki trzustki zmartwiałej, rzadziej żółtaczkę. Rozpoznanie jest bardzo trudne, oparte na wykluczeniu cierpień podobnych z przebiegu (zapalenie otrzewny, wyrostka robaczkowego, kiszek). Rokowanie bardzo złe, tembardziej, że i leczenie jest ciężkie. Niekiedy doskonałe wyniki dawała laparotomia, która zresztą jest jedynym ratunkiem.

Zapalenie przewlekłe trzustki może być zejściem ostrem i dzieli się na ogólne i częściowe, pierwsze sprowadza zniszczenie gruczołu, spotykamy je w cukrzyczy, miejscowe nie jest niebezpieczne dla życia. U dzieci choroba nie rozwija się z naczyń (stwardnienie naczyń, pijaństwo), ale z przerostu (nieżyt kiszek) po za tem spostrzegano zapalenie przymiotowe, gruźlicze i zimnicze. Zapalenie przymiotowe spotykano często u płodów i nowo-

rodków, Birch—Hirschfeld na 124 przypadki przymiotu wrodzonego spostrzegał zmiany w trzustce w 27 przypadkach, Hecker częstość tych zmian określa na 22%; trzustka jest wtedy powiększona, twarda, biała i traci swą budowę normalną. Pod mikroskopem znajdujemy bujanie tkanki łącznej z zanikiem gruczołu, tu i owdzie znajdujemy komórki okrągłe lub wrzecionowate. W mniej posuniętym okresie zraziki są jeszcze zachowane i łatwo dają się odróżnić śród tkanki śródmiąższowej. Müller w kilku przypadkach znajdywał zbiorowiska komórek małych—gumaty prosowate. Równocześnie ze zmianami w trzustce znajdujemy zmiany przymiotowe w innych narządach, wątrobie, kościach, na skórze etc.

Antonio Arraga i Marcelo Vinas (Arch. de méd. des enf. 1900) opisali stwardnienie trzustki w przebiegu nieżytu przewlekłego kiszek u dzieci. Gruczoł wtedy ulega zmniejszeniu, twardnieje, chrzęści pod nożem; pod mikroskopem znajdujemy zgrubienie wokoło przewodów, tkanka łączna stąd rozchodzi się w różnych kierunkach, wkracza do zrazików, oddzielając je od siebie, po za tem naokoło przewodów znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe z płynną zarodzią. Światło przewodów jest zatkane komórkami okrągłemi i złuszczonym nabłonkiem. Na przekroju widzimy niekiedy pasma tkanki łącznej perłowo-białe, otaczające wysepki trzustki, wystające jak w marskości wątroby. U dzieci gruźliczych z nieżytem kiszek w trzustce mogą się rozwijać gruzełki w różnych okresach rozwoju. Według lekarzy argentyńskich, którzy osobliwie zajmowali się tą sprawą, zależy ona od szerzenia się sprawy zapalnej z kiszek przez przewód Wirsung'a, była by to więc sprawa analogiczna z wstępującem zapaleniem przewodów żółciowych, sprawa zapalna z przewodu Wirsung'a przechodzi na kanaliki drobne. Na zasadzie tej teoryi łatwo objaśnić złuszczenie nabłonka w przewodach i kanalikach, nacieczenie drobnokomórkowe oraz bujanie tkanki łącznej na obwodzie kana

ków. Wtórnie sprawa przechodzi na zraziki, granice komórek zacierają się, jądra sa ziarniste, barwiąc się źle lub wcale „Istotną przyczyną zapalenia trzustki ze stwardnieniem—mówi Mathieu (Traite de méd. t. IV, są częste i bezustanne obostrzenia zapalenia dróg wydzielniczych, mechanizm i czynniki wywołujące są też same, co i w ropniu trzustki pochodzenia kanalikowego, ale natężenie sprawy zapalnej jest słabsze“. Carnot wywoływał stwardzenie trzustki, zastrzykując osłabioną hodowlę l. okrężnicy do przewodu Wirsung'a, oczywiście u dzieci rolę warunków laboratoryjnych odgrywają przewlekłe nieżyty kiszek.

B. Inne choroby trzustki.

Zaznaczymy tylko, że w trzustce rozwijać się może zwyrodnienie skrobiowate i stłuszczenie, tak jak i w innych narządach miąższowych (otrucia, posocznica przewlekła etc.). Rak trzustki u dzieci należy do wyjątków, natomiast gruźlicę spostrzegamy często, nadto zdarzają się: wylew krwi, zgorzel, torbiele surowicze, bąblowiec etc. Barber u 14 letniego chłopca z guzem w podżebrzu lewem, dającem stłumienie, zlewające się ze śledzoną, rozpoznał torbiel trzustki i zoperował ją z powodzeniem (Clin. soc. of. London 1899). W tych razach przejść należy między żołądkiem a poprzecznicą. Barber wypuścił naprzód około 2 litrów płynu, a dopiero później wyłuszczył torbiel)

ROZDZIAŁ IX.

Choroby śledziony.

Śledziona bardzo często zajęta jest u dzieci, niema bowiem choroby zakaźnej, która nie wywoływała by zmian w tym narządzie, ulega on powiększeniu w durze, nieżycie płuc, zimnicy, gruźlicy, i t. p.; śledziona wystaje wtedy z pod żeber; jeszcze w większym stopniu powiększa się śledziona w białaczce i niedokrewności śledzionowej.

Według Gastou i Valle'e (Paris 1892) śledziona, która w 1 roku życia waży 32 grm. do 8 roku corocznie powiększa się o 10 grm., później aż do wieku dojrzałego o 8 grm. Przy znacznem powiększeniu śledziony lewy bok wypukla się silniej, niż prawy, przy obmacywaniu wyczuwamy guz twardy, gładki, bolesny niekiedy, opukuwanie daje nam ścisłe granice, mniejsze od rzeczywistych wszakże, przy osłuchiwaniu niekiedy znajdujemy szmer śledziony, mięki, skurczowy (zimnica, dur, dur powrotny i t. p.) Fonendoskopia pozwala na ścisłe oznaczenie granic, w każdym jednak razie śledzionę wyczuwalną uważać zawsze należy za powiększoną. Po stwierdzeniu przerostu śledziony nie należy zaniechać badania krwi.

Porównywając wyniki badania krwi oraz mikroskopowego badania śledziony mówi Gastou—znajdujemy w tej ostatniej wszystkie odmiany komórek, znajdywanych we krwi, co nasuwa przypuszczenie, że śledziona olbrzymia, niedokrewność i leukocytoza tworzą taki sam zbiór objawów, wskazujący na chorobę śledziony, jak obrzęk

śluzowy wskazuje na chorobę tarczycy, a czerniaczka na chorobę nadnerczy.

Gruzełki śledziony.

Gruźlica śledziony występuje tem częściej, im dziecko jest mlodsze, w pierwszych bowiem latach gruźlica rozprzestrzenia się przez naczynia krwionośne, a śledziona należy do narządów najczęściej zajętych przez prosówkę. Poniżej 2 lat w połowie prawie przypadków gruźlicy znajdujemy ją w śledzionie.

Gruźlica śledziony nigdy nie występuje pierwotnie, jest to zawsze wtórne umiejscowienie prosówki, idącej ż płuc. Powiększenie śledziony w przebiegu gruźlicy świadczy zawsze o zajęciu tego narządu. Powiększenie to dochodzi do tego, że śledziona sięga aż do pępka, a nawet do dołu biodrowego, jest ona bolesna sama przez się lub przy ucisku, często bowiem rozwija się zapalenie otoczki.

Gruzełki występują pod 3-ma postaciami: 1) ziarnistość szara, rozsiana, widoczna na powierzchni i przekroju 2) gruzełki młode żółte, 3) wielkie masy serowate, nadające śledzionie postać serca lub galantyny.

Gruźlica śledziony nie daje objawów swoistych, zaznaczyć należy jednak bolesność, utrudnione oddechanie, ból miejscowy, wywołany przez zapalenie otoczki. Bardzo często na zasadzie powiększenia, śledziony twardej i bolesnej mogłem postawić w przypadkach wątpliwych rozpoznanie prosówki, gdyż żadna choroba nie wywołuje tak szybko powiększenia tego narządu.

DZIAŁ II.

Choroby narządów oddechowych.

ROZDZIAŁ I.

Choroby jam nosowych.

A. Ciała obce w jamach nosowych.

Ciała obce pochodzą zwykle z zewnątrz, są to głównie przedmioty wprowadzone tam podczas zabawy, a więc pestki owoców, guziki, paciorki etc., rzadziej ciała obce dostają się przez otwory tylne np. pokarmy skutkiem wadliwego połykania w porażeniu podniebienia miękkiego; jeszcze rzadziej znajdujemy glisty. Jako ciała obce pochodzenia miejscowego wymienić należy odszczepy i kamienie nosowe.

Skutkiem zetknięcia z ciałem obcem śluzówka ulega zapaleniu, obrzękowi i owrzodzeniu; naokoło ciała obcego tworzy się kamień, który czyni je nieszkodliwem, dzięki temu bez wybitnych zaburzeń ciała obce mogą całe lata pozostawać w nosie. Zdarza się wszakże, iż

ciała obce wywołują pewne następstwa: niedrożność jamy, nieżyt przewlekły, krwawienia z nosa, wydzielinę ropną, krwawą, cuchnącą; o ile ta ostatnia wycieka z jednego tylko otworu, naprowadza na myśl o ciele obcem Rozpoznanie ułatwia badanie wziernikiem oraz zgłębnikiem.

Jeżeli ciało obce zostało wprowadzone do nosa świeżo wobec otoczenia, znaleźć je łatwo, trudniej postawić rozpoznanie później, gdy nawet dziecku wyszło to z pamięci, ważną oznaką jest wyciek ropny z jednego otworu nosowego, wykluczyć jednak należy nieżyt cuchnący oraz zgorzel kostną.

Leczenie polega na oczyszczeniu jamy nosowej i usunięciu ciała obcego, w tym celu śluzówkę znieczulamy kokainą i za pomocą obcążków staramy się usunąć ciało obce; rzadko zachodzi potrzeba otwierania jamy nosowej. Niekiedy wypadnie zepchnąć ciało obce przez otwory tylne do gardzieli.

B. Nieżyty nosa.

Nieżyt nosa może być ostry lub przewlekły, pierwszy spotykamy w każdym wieku, nie szczędzi też noworodków, u których ma przebieg złośliwy. Nieżyt przewlekły zasługuje na uwagę dzięki swym odmianom.

Nieżyt ostry nosa.

Przyczyny. Nieżyt zwykły ostry jest wynikiem, zaziębienia. Wrażliwość śluzówki nosa u noworodków objawia się częstem kichaniem; pozostając zaś przez czas dłuższy w izbie źle ogrzanej, szczególnie nago, noworodek wkrótce dostaje objawów nieżytu nosa

ten sam skutek sprowadzić mogą: kąpiele i obmywania oraz wyjście na powietrze zimne bez dostatecznego odzienia. Najczęstszą więc przyczyną ostrego nieżytu nosa jest nagła zmiana ciepłoty otaczającej, stąd też choroba ta występuje najczęściej na wiosnę i jesienią.

Nieżyt występuje niekiedy i przy przejściu z miejsca zimnego do zbyt ogrzanego, co zdarza się najczęściej u osobników obarczonych skazą moczanową. Do przyczyn usposabiających zaliczyć należy zniekształcenia wrodzone lub nabyte nosa, muszli, przegrody, stąd nieżyt nosów garbatych (Lasègue). Prócz nieżytu z przeziębienia mogą wystąpić nieżyty nosa w przebiegu odry, krztuśćca i niektórych postaci błonicy. Są one jednak tylko objawem w szeregu innych, znanych nam z t. 1-go, są tylko umiejscowieniem sprawy zakaźnej w nosie. Nie znaczy to, aby i nieżyt zwykły nie był chorobą drobnoustrojową, prawdopodobnie i tu odgrywają rolę zwykli mieszkańcy nosa, których złośliwość wzmaga się pod wpływem przeziębienia (Bouchard). Już Lasègue w swych Etudes méd. przemawiał za możliwością przenoszenia się nieżytu nosa przez ciała organizowane.

Objawy. Objawy właściwe nieżytu nosa poprzedzają niekiedy zwiastuny: niedomaganie ogólne, dreszczyki, ból głowy, poczem dziecko odczuwać zaczyna suchość i palenie w nosie, wywołujące kichanie; nieżyt gardzieli jest zwiastunem niekiedy nieżytu nosa, co przemawia za umiejscowieniem nieżytu w tylnej części nosa. Zwykle jednak wpierw rozwija się nieżyt przedniej części i wtórnie przechodzi na tylne. Już pierwszego dnia nieżytu występuje wyciek śluzowy, mniej lub więcej obfity z uczuciem zatkania nosa, co zmusza do ciągłego użycia chustki. Oczy łzawią, spojówki są zaczerwienione skutkiem rozszerzenia się sprawy na przewód łzowy. Wyciek może być zmieszany z krwią, która niekiedy wydziela się obficie. Nocą śluz zasycha w jamach nosowych, utrudniając dostęp pewietrza, skutkiem

czego dziecko oddychać musi ustami, budzi się więc często, wstaje, trapią je sny, duszność, a niekiedy napady dławca rzekomego. Stan ogólny znośny, istnieje wprawdzie ból głowy, senność, gorączki jednak zazwyczaj brak i łaknienie jest zachowane.

Po upływie 3—4 dni w przypadkach łagodnych, a 8 w cięższych natężenie nieżytu słabnie, wyciek gęstnieje i następuje wyzdrowienie, o ile nieżyt nie przejdzie z tylnej części nosa na gardziel, trąbki Eustachiusza, ucho środkowe, wywołując ostre tego ostatniego zapalenie. Obfity i ostry gryzący wyciek z nosa, zwilżając bezustannie wargę, wywołuje silne podrażnienie, zgrubienie, a nawet owrzodzenie, większe rozmiary przyjmuje to powikłanie w często powtarzających się obostrzeniach nieżytu przewlekłego nosa.

Najczęstszem powikłaniem nieżytu ostrego nosa jest nieżyt oskrzeli, to też często nieżyt oskrzeli lub płuc rozpoczyna się nieżytem nosa. Zstępujące to zapalenie głównie zdarza się u dzieci małych i dla tego pogarsza dobre zresztą rokowanie. U noworodków już sam przez się nieżyt ostry nosa skutkiem wieku i utrudnionego karmienia staje się groźnym, na co niegdyś Billard kładł taki nacisk. Przesadził oczywiście niebezpieczeństwo na zasadzie spostrzeżeń, zakończonych śmiercią noworodka na 3 lub 4 dzień. Większość jednak noworodków zdrowieje, choroba jest u nich wszakże uporczywsza i budzi pewien niepokój. Wyciek jest obfity, jamy nosowe wązkie mogą opróżniać się przez kichanie, wycieranie nosa u noworodków jest niemożliwe, a skutkiem tego oddech jest utrudniony i dziecko stale musi mieć usta otwarte, stąd ssanie jest bardzo utrudnione, dziecko „odrywa się od piersi“, aby zaczerpnąć oddechu, ssie więc z przerwami i niekiedy skutkiem tego nie chce ssać, karmiąc się łyżeczką. Bouchut widział jakoby utrudnione oddechanie skutkiem zapadania języka.

Rozpoznanie nieżytu nosa stawiamy na pierwszy rzut

oka, a przebieg rozstrzyga czy mamy do czynienia z nieżytem ostrym czy przewlekłym, trudniejsza sprawa z noworodkami, gdzie np. trudno określić czy mamy zwykły nieżyt, czy też nieżyt przymiotowy, który przez czas pewien może być jedynym objawem przymiotu, nim wystąpią zmiany na skórze i śluzówkach, to też sprawę tę zawsze mieć należy na względzie.

Leczenie. W przypadkach łagodnych wystarczają przepisy hygieny: dziecko trzymać należy w ciepłym pokoju, w razie zaparcia stolca dać lekki środek czyszczący, kąpiele nożne, synopizma w razie bólu głowy. W przypadkach cięższych stosować należy wziewania pary wodnej lub nalewki jodowej; wprowadzamy do nosa proszki ściągające (tanina, ałun) lub antyseptyczne (kw. bornego 10 gm., kokainy i mentolu po 0,25), przemywamy nos lapisem 1:50. U noworodków nos opróżniamy, przestrzykując go wodą borną i wprowadzamy w tym celu kankę srebrną (Bouchut), zgłębnik mięki, pióro ptasie lub też wkraplamy oliwę. Vallaix zalecał nawet tracheotomię!

2. *Nieżyt przewlekły nosa.*

Przyczyny. Bardzo często u dzieci nieżyt przewlekły nosa jest objawem przymiotu i zołzów; po za przymiotem dziedzicznym i zołzami nieżyt przewlekły spotykamy u dzieci ze skrzywioną przegrodą, nieprawidłowemi muszlami, z uklejami i ciałami obcymi, jednem słowem każda przyczyna, zwężająca jamy nosowe, może sprowadzić nieżyt przewlekły nosa. Zniekształcenie nosa – nos płaski – tak częste w nieżycie przewlekłym i cuchnącym często jest dziedziczne, poza przymiotem i zołzami. Nieżyt ostry również przejść może w przewlekły, toż samo dotyczy odry i pryszczycy jam nosowych.

Objawy. Nieżyt przymiotowy nosa występuje u bardzo małych dzieci wraz z innymi objawami tego cierpie-

nia, ale ustępuje szybko pod wpływem leczenia swoistego, nie wywołując żadnych zmian w kośćcu, zajmując obie jamy, wyciek z nosa wywołuje nadżerki na wardze górnej.

U dzieci starszych nieżyt przewlekły występuje w jednej tylko jamie nosowej, zniekształconej i zwężonej, wyciek jest gęsty, śluzówka nosa zgrubiała i obrzękła, usiana strupkami, które, odpadając, mogą wywołać krwawienie. Rzadziej zdarza się owrzodzenie śluzówki, a nawet próchnienie kości, w tej właśnie postaci znajdujemy obrzmienie i stwardnienie wargi górnej, pokrytej wypryskiem stałym, który rozwija się również i na skrzydłach nosa. Skoro prócz tego wyciek cuchnie, mówimy o nieżycie cuchnącym (ozena).

Oddech w nieżycie przewlekłym jest utrudniony, w czasie snu świsty, głos nosowy, dziecko śpi z ustami otwartemi, zazwyczaj też równocześnie znajdujemy zmiany w gardzieli, węch osłabiony lub zniesiony.

Przebieg choroby różny, przypadki lżejsze są wyleczalne szybko, cięższe trwają czas długi, niekiedy, przez życie całe z cuchnieniem. Choroba usposabia do powikłań: róży twarzy, zapalenia łącznicy, rogówki. Niekiedy sprawa sięga aż do kości, sprowadzając zniekształcenie. Nawroty i obostrzenia są częstem i zwykłem w tej chorobie zjawiskiem.

Umiejscowienie nieżytu przewlekłego w tylnej części nosa wywołuje wyciek do gardzieli, który drażniąc śluzówkę, wywołuje przerost torebek zamkniętych, nieżyt więc cuchnący wywołuje i podtrzymuje zapalenie gruczołowe gardzieli.

Rokowanie jest złe, nie tylko dla tego, że stwarza się grunt podatny, ale i dla tego, że cuchnienie z nosa czyni chorego dla otoczenia wstrętnym.

Przebieg jest zawsze przewlekły, wywiady i leczenie wskażą na to, czy gra tu rolę przymiot, a badanie

wziernikiem wyjaśni nam zmiany zasadnicze i ich istotę.

Leczenie dzielimy na ogólne i miejscowe, pierwsze ma na celu osunięcie usposobienia zołzowego i przymiotu. Skoro jod i rtęć zawodzą, stosować należy tran w wielkich dawkach, wody siarczane, solanki, kąpiele morskie etc.

Miejscowo dla zniesienia cuchnienia należy stosować przemywania przeciwgnilne sublimatem 1:5000, wdmuchiwania kwasu bornego, naftolu, salolu.

Znaczne polepszenie otrzymujemy po z stosowaniu natrysków nosowych codziennych z wody Challes, Uriage, Enghien, przepuszczając przez nos 4—5 litrów płynu. W nieżycie części przedniej (przyszczyca) rano i wieczorem z dobrym skutkiem zalecam waselinę borną, Henoch zaś przemywanie lapisem 1:30.

3. *Nieżyt noso-gardzielowy.*

Nieżytem nosogardzielowym nazywamy nieżyt tylnej części jam i gardzieli.

Przyczyny. Choroba ta zdarza się u dzieci niezmiernie często, u noworodków i u niemowląt może wystąpić skutkiem zwykłego przeziębienia jako następstwo nieżytu ostrego, częściej wszakże spotykamy ją u dzieci odstawionych między 2—6 r. Niewątpliwie wpływ ważny na cierpienie ma wilgoć, to też objawy choroby są wyraźniejsze zimą, niż latem. Usposabia do choroby zniekształcenie nosa, skrzywienie przegrody, przerost śluzówki, przymiot dziedziczny, wyrośla gruczołowe, ukleje śluzowe lub włókniste nosa lub nosogardzielowe, wreszcie wogóle zołzy.

Dzieci obarczone skazą moczanową, gruźlicą lub zołzami mają pewne wady wrodzone w układzie chłonnym: gruczoły podskórne są powiększone, mięśnie mię-

kie, narządy chłonne przerosłe, śluzówka w okolicy tkanki chłonnej zgrubiała, miękka, łatwo ulega zapaleniu. To też nieżyt nosogardzielowy zdarza się głównie u dzieci zołzowatych pod wpływem czynników odziedziczonych lub nabytych.

Objawy. Rozróżniamy objawy ze strony nosa i gardzieli. Co się tyczy pierwszych sprowadzają się one do nieżytu nosa: zatkanie w mniejszym lub większym stopniu, ochrypnięcie, kichanie, niemożność spania z zamkniętemi ustami i t. p., wysięk wycieka na zewnątrz (nieżyt cz. przedniej) lub do gardzieli (n. cz. tylnej). W celu wykrycia tego ostatniego należy otworzyć jamę ustną i przycisnąć język, widzimy wtedy, że gardziel jest pokryta śluzem ropiastym, który ścieka z tylnych otworów nosowych, drażniąc nagłośnię i fałdy nalewko-nagłośniowe. To tam wyjaśnia objawy ze strony krtani, kaszel gardzielowy Millon'a, kaszel nocny z wymiotami Gastou. W istocie dzieci tego rodzaju kaszlą bardzo, tem silniej im więcej gardziel pokryta jest śluzem, dlatego właśnie napady występują głównie nocą i rano po obudzeniu t. j. gdy dziecko dłużej pozostawało w ułożeniu poziomem skutkiem nagromadzenia się śluzu, który, zebrawszy się w większej ilości, opróżnia się na zewnątrz przy zmianie ułożenia; wtedy właśnie występuje kaszel ksztuścowy z nudnościami i wymiotami. Aviragnet zwraca uwagę na częstość nieżytów żołądka i kiszek skutkiem ciągłego połykania wydzieliny śluzoropnej, zresztą mamy tu ciągle otwarte wrota dla zakażeń narządów wewnętrznych odległych (zapalenie wsierdzia, nerek etc.)

Przy badaniu klatki piersiowej nie znajdujemy żadnych rzężeń lub zmian w oddechu, płuca i oskrzela są zdrowe, co pozwala na postawienie rozpoznania prawdziwego.

Przebieg choroby jest przewlekły, dzieci kaszlą całe miesiące i lata, przy leczeniu osiągnąć można polepszenie i wyleczenie czasowe, nawroty jednak w postaci

ziarnistości gardzieli, wyrośli i nieżytu tylnej części nosa są częste, dzięki temu, że stale istnieje przyczyna wywołująca.

Rokowanie nie jest ciężkie, ale nieżyt zaniedbany otwiera wrota dla powikłań i zakażeń wtórnych. Głównie obawiać się należy przejścia nieżytu oskrzeli lub płuc. Dzieci starsze są mniej narażone na powikłania ze strony płuc, gruźlica w większości przypadków nie grozi. Jednem słowem nieżyt nosogardzielowy jest chorobą uporczywą, ale nie groźną.

Rozpoznanie. Jak już wspominałem wyżej rozpoznanie opiera się na badaniu bezpośredniem. Dziecko kaszle stale lub z przestankami, nasuwa się przypuszczenie nieżytu oskrzeli, ale badanie przeczy temu, wtedy lekarze, którzy nie są obznajmieni z nieżytem nosogardzielowym rozpoznają zapalenie gruczołów oskrzelowych. Dla wykrycia przyczyny istotnej należy zawsze badać nos i gardziel za pomocą wziernika lub bezpośrednio. Znalazłszy nadto powiększenie migdałów, ziarnistość gardzieli, pokrytej czerwoną śluzówką i wysiękiem śluzoropnym, rozpoznanie postawimy z łatwością. Sprawę tę niejednokrotnie wskazywałem uczniom moim jako przyczynę uporczywego kaszlu u dzieci. To co Ausset opisuje p. n. amygdalite pharingée aiguë primitive (Arch. de m. des enf 1901) jest niczem innem, jak jednym z objawów ostrego nieżytu nosogardzielowego.

Leczenie jest tak samo łatwe jak i rozpoznanie, musi być ogólne i miejscowe.

Leczenie ogólne wskazane jest przedewszystkiem u dzieci chudych, bladych, limfatycznych, zalecamy więc tran, syrop jodotaninowy, dobre żywienie, pobyt na powietrzu.

Leczenie miejscowe polega na oczyszczeniu jamy nosowej i gardzielowej ze śluzoropy, zbierającej się na śluzówce, za pomocą środków przeciwgnilnych. Jestem przeciwny użyciu syfona Webera, który ma więcej cech

ujemnych, niż dodatnich i ułatwia zakażenie ucha środkowego przez trąbkę Eustachiusza, natomiast radzę użycie naparzań i wdmuchiwań do nosa i gardzieli wody bornej, wód siarczanych. Wziewania stosuję z małego aparaciku rano i wieczorem, chorzy znoszą je dobrze; dobrze jest również według Gastou'a stosować waselinę borną z antipiryną. Najlepsze jednak, zdaniem mojem wyniki daje wkraplanie do nosa po opuszczeniu głowy do każdego otworu oddzielnie 1% roztworu mentolu w oliwie. Tam, gdzie mentol wywołuje podrażnienie stosuję rezorcynę (rezorcyny 1,0, oliwy 25, nalewki miętowej 2 krople) i codziennie rano i wieczór wprowadzam za pomocą wkraplacza $1/2$ cm. sz. do jam nosowych.

Co się tyczy gardzieli ograniczyć się można do wyżej wymienionych wziewań i wdmuchiwań, płukania lub pęzlowania z kwasu bornego i salicylu, na pierwszym jednak planie postawić należy leczenie nosa.

C. Krwotoki nosowe.

Przyczyny dzielimy na miejscowe (uraz, nieżyt, ukleje, ciała obce) i ogólne (grypa, odra, dur, błonica, ksztusiec, zimnica, plamica i choroby serca).

U dzieci starszych zazwyczaj mamy do czynienia z krwotokami zwykłemi samoistnemi i pierwotnemi, do krwotoków usposabia okres rozkwitu dziewcząt, szybki wzrost, niedokrewność, skaza moczanowa, przepracowanie i krwawiączka. Najczęściej zdarzają się krwotoki latem, rzadziej zimą.

Objawy. Krwotok poprzedza ból głowy, uczucie gorąca w twarzy, krew spływa z nosa kroplami lub strumieniem, może zaciekać do gardzieli, a połknięta i zwrócona maskuje krwotok płucny lub żołądkowo-kiszkowy, najczęściej zaciekanie do gardzieli zdarza się w czasie snu. Krwotok zwykle nie bywa obfity, ale ponowić się

może, to też trwa nieraz tydzień i dłużej. Oczywiście krwotok długotrwały wywołuje niedokrewność, rzadko jednak zagraża niebezpieczeństwem bezpośredniem, choć i takie zejście należy mieć na uwadze:

Rozpoznanie jest łatwe gdy krew wycieka na zewnątrz, w przeciwnym razie wykluczyć wypadnie szereg krwotoków z narządów wewnętrznych. To też zawsze należy ściśle zbadać jamy nosowe dziecka i jamę nosogardzielową. Wywiady osobiste i rodziców oraz stan ogólny dziecka dadzą jasne wskazówki, na jakiem tle powstało krwawienie.

Leczenie. Pierwszem wskazaniem jest wstrzymać krwotok, następnem — uprzedzić nawroty. Skoro krwawienie wystąpi przypadkowo i jest obfite na tyle, iż budzi niepokój, należy unieść ręce, przemywać nos wodą gorącą lub lodową, roztworem żelatynowym Carnot'a wprowadzić tampon z waty napojonego półtorachlorkiem żelaza lub 1 : 20 kokainy, wreszcie dokonać tamponacyi typowej.

W celu uprzedzenia nawrotów zalecamy chininę, korę chinową, ergotynę, żelazo, tran. W razie przepracowania zalecić należy odpoczynek i pobyt na świeżem powietrzu.

ROZDZIAŁ II.

Choroby krtani.

A. Nieżyt zwykły krtani.

Przyczyny. Zwykłą przyczyną nieżytu krtani jest przeziębienie, działanie zimna nastąpić może bezpośred-

nio na krtani lub też sprawa przechodzi z nosa, stanowiąc przejście od nieżytu nosa do nieżytu tchawico-oskrzelowego. Śród przyczyn wywołujących anglicy wykazują oparzenie skutkiem karmienia dzieci z imbryka. Prócz przeziębienia przyczyną nieżytu krtani może być odra, przed lub po wysypce, toż samo dotyczy duru, grypy, krztuśca.

Anatomia patologiczna. Badania mikroskopowe nie są możliwe, chyba wyjątkowo; pewne wnioski wysnuć wszakże możemy z badań nad nieżytem wtórnym np. w odrze. Według Coyne'a śluzówka jest tylko zaczerwieniona lub też znajdujemy na niej owrzodzenia; w postaci typowo nieżytowej śluzówka nacieczona jest b. c. krwi na około naczyń i obrzękłych gruczołów, torebki chłonne są przerosłe i wystają nad powierzchnią. W postaci owrzadzającej znajdujemy utratę snbstancyi rozsianą lub umiejscowioną w części tylnej strun lub w okolicy nalewek. Obok tego mogą wystąpić zmiany w nagłośni i fałdach nalewko-nagłośniowych, jeżeli dziecko umiera śród objawów obrzęku krtani. Obrzęk głośni wyjątkowo występuje pierwotnie, zwykle wtórnie po ospie, ropniu pozagardzielowym, zgorzeli durowej chrząstek i białkomoczu płoniczym. Wspomnę też o zapaleniu ochrzęstny ropnem, które, acz bardzo rzadko wprawdzie, może dawać objawy obrzęku głośni lub dławca i wywołać konieczność dokonania tracheotomii (Coulon Progrès méd. 1889).

Objawy. Nieżyt ostry krtani wywołuje chrypkę, dochodzącą do zupełnego bezgłosu, który trwać może np. po odrze do 15 dni (dziecko $3^1/_2$ letnie), kaszel głuchy, ale duszności brak i choroba przebiegać może bez gorączki i objawów ogólnych. Osłuchiwanie daje wyniki ujemne, w gardzieli znajdujemy niekiedy zaczerwienienie oraz powłokę śluzową na tylnej części gardzieli. Wykstuszania brak również, gdyż dzieci połykają plwocinę.

Prócz tej postaci zdarzają się przypadki nieżytu krtani z gorączką, niepokojem, dusznością, bezustannym,

męczącym kaszlem, a nawet przypadki śmiertelne. Zwykle jednak objawy ostre po kilku dniach przechodzą.

Rozpoznanie. W każdym przypadku chrypki u dziecka nie podobna narazie wyleczyć dławca, który właśnie rozpoczyna się często w ten sposób, należy więc nawet w braku błon w gardzieli dla ostrożności dziecko oddzielić. Obrzęk głośni łatwo odróżnić za pomocą oglądania i obmacywania.

Leczenie. Przedewszystkiem dajemy środek wymiotny, po czem kaszel i chrypka zmniejszają się znacznie. Po tem stosujemy kąpiele gorczyczne na nogi, wziewania, pęzlowanie skóry na szyi jodyną, okłady z gąbki, zmaczanej w wodzie gorącej. Wezykatorye są przeciwwskazane. Do wewnątrz mieszanka łagodząca z akonitem.

B. Dławiec rzekomy. Nieżyt kurczowy krtani.

Chorobę powyższą opisywano p. n. asthma Millari (1879) laryngitis spasmodica (Barthez i Rilliet) angina stridulosa (Bretonneau), jest ona właściwie odmianą tylko nieżytu zwykłego skutkiem małego światła krtani u dzieci, oraz ich pobudliwości nerwowej.

Przyczyny. Napady dławca rzekomego występują najczęściej między 2 — 5 r. życia, szczególniej u osobników nerwowych, częstokroć jednocześnie u członków jednej rodziny, choć choroba bynajmniej nie jest zaraźliwą, stąd Barthez i Rilliet przypuszczali dziedziczność. Po za przyczynami zwykłemi: przeziębienie, krzyk, zmęczenie. Coupard podaje jako przyczynę wyrośla, inni przerost migdałów lub zapalenie gruczołów oskrzelowych (Baréty), zaznaczyć jednak wypada, że choroby wymienione przebiegają bez dławca i odwrotnie. Wobec tego wyliczone choroby w przebiegu dławca rzekomego uważam za przypadkowe. Zaznaczyć muszę, że nieżyt kur-

czowy częstokroć jest zapowiedzią odry. Z punktu widzenia patogenezy nieżyt kurczowy ma pewne podobieństwo do krztuśca, w obu bowiem tych chorobach występuje nieżyt śluzówek dróg oddechowych, oraz wzmożona pobudliwość kurczowa. Pozostaje wyjaśnić czemu napad zawsze występuje we śnie. Krishaber i Peter przypisują to temu, że oddechanie w czasie snu jest powolniejsze i słabsze, stąd w ciągu dnia dziecko znosi dobrze zwężenie światła krtani, w nocy natomiast zwężenie to sprowadzi napad duszności, dziecko w ciągu pierwszych godzin snu ma oddech utrudniony, skoro zaś utrudnienie to dojdzie do pewnego natężenia, budzi się przestraszone, a wtedy występuje nowy czynnik nerwowy — kurcz głośni, potęgujący zwężenie, powstałe pod wpływem obrzmienia śluzówki krtani. Toż samo i we dnie, dostęp powietrza dostateczny w spokoju staje się utrudnionym w czasie biegania i zabawy, wtedy wystąpić może kurcz dzienny.

Objawy. Zazwyczaj początek bywa nagły, nieoczekiwany, poprzedza go jednak często nieżyt nosa, kaszel i chrypka, trwająca od dni paru. Zakatarzenie to może przejść niepostrzeżenie, a objawem pierwszym jest napad duszności śród nocy, źródło przestrachu dla dziecka i jego otoczenia. Raptem śród nocy dziecko budzi się, siada skutkiem strasznej duszności z niepokojem, wdechem świszczącym i swoistym kaszlem szczekającym, przypominającym pianie koguta. Twarz pokryta potem, oddech strasznie utrudniony grozi, zda się, uduszeniem, po kilku jednak minutach napad przechodzi i dziecko zasypia. Nazajutrz dziecko budzi się zdrowe z nieznacznem zakatarzeniem, w ciągu nocy jednak może wystąpić nowy napad. W przerwach między napadami, duszności brak lub jeśli jest—jest nieznaczna, niekiedy jednak trwa, dochodząc do wciągania nadpępcza. Gorączki zazwyczaj brak, zwolnienia dzienne są wyraźne i nadają piętno swoiste tej chorobie.

Choroba zwykle kończy się wyzdrowieniem w ciągu 3—4 dni; na 109 przypadków Barthéz i Rilliet ani razu nie spostrzegali zejścia śmiertelnego, Trousseau przytacza 2 zejścia, osobiście nie widziałem ani jednego, raz tylko wypadło uciec się do tracheotomii. Niekiedy po dławcu rzekomym występuje nieżyt oskrzeli i płuc. Silne bardzo napady duszności mogą sprowadzić pęknięcie pęcherzyków płucnych oraz odmę podskórną. (Cadet de Gassicourt). Powikłania te, acz rzadsze, pogarszają jednak rokowanie w tej chorobie; nie należy również zapominać że choroba ulegać może nawrotom po upływie kilku miesięcy lub lat.

Rozpoznanie. W większości przypadków rozpoznanie jest bardzo łatwe, aczkolwiek rzadko bardzo lekarz jest obecny przy napadzie. Lekarza szukają zaraz skoro napad wystąpi, przychodzi on jednak zwykle już na koniec. Mimo to na zasadzie towarzyszących napadowi okoliczności rozpoznanie jest łatwe: dziecko małe przedtem zdrowe, nieco zakatarzone od dni kilku raptem nocą dostaje napadu z kaszlem szczekającym, który po sobie nic pozostawia śladów. Dławiec prawdziwy nie zaczyna w ten sposób, można powiedzieć, że kończy się tak, jak się zaczyna dławiec rzekomy. Omyłki jednak są możliwe, gdyż zdarza się i dławiec pierwotny, a błonica gardzieli może przebiegać z początku skrycie. W podobnych przypadkach dokonywano tracheotomii, może się ona jednak stać potrzebną i w dławcu rzekomym. W czasach ostatnich opisywano zwykłe nieżyty krtani, zbliżone do dławca (Touchard, Hepp, Gaz. de hôp. 1897). Zdarzają się mianowicie przypadki z dusznością stałą, wciąganiem nadpępcza, lekką gorączką, uciekać się nawet trzeba do intubacyi. Wykluczyć wtedy błonicę można jedynie na zasadzie badań bakteryologicznych. Są i pośrednie przypadki, co tem bardziej utrudnia rozpoznanie. Niekiedy wykluczyć wypadnie kurcz głośni, ropień pozagardzielowy, ciała obce w krtani.

Leczenie. Pierwszem wskazaniem w początkach choroby jest podanie środka wymiotnego, następnie nogi obwijamy w watę, stosujemy wodę gorącą na krtań (gąbka) na minutę, powtarzając to kilka razy. Niezależnie stosujemy wdechania pary gorącej, mieszankę z 0,05 gm. emetyku, bromkiem potasu, antipiryną, belladoną, nieco wyskoku, w ostateczności tracheotomia, choć lepsza jest intubacya. Nigdy nie należy stosować na krtań wezykatoryi (z obawy błonicy), można jednak skórę jodynować; pijawki zarzucono oddawna.

C. Zapalenie przewlekłe krtani.

Choroba ta zdarza się bardzo rzadko u dzieci, poświęcę więc jej kilka słów ogólnych.

Przyczyny. U dzieci tak samo jak i u dorosłych, ale znacznie rzadziej, występuje gruźlica i przymiot krtani, t. j. zapalenie przewlekłe krtani z gruzełkami, owrzodzeniami i gumatami. Objawy te spotkać można u dzieci starszych i wtedy oczywiście nie różnią się niczem od objawów u dorosłych. Jako zejście nieżytu ostrego może wystąpić nieżyt przewlekły ze stałym bezgłosem np. po odrze, tęż samą sprawę wywołać może ziarniste zapalenie gardzieli.

Objawy. Objawem widomym jest kaszel częsty, suchy z wyksztuszaniem plwociny śluzoropnej, szczególniej silny nocą i rano. Głos zmieniony, ochrypły, dwutonowy, niekiedy stłumiony, oddech wolny, duszność występuje tylko skutkiem powikłań (kurcz głośni, obrzęk krtani), które oczywiście pogarszają rokowanie. Ropne zapalenie ochrzęstny, zdarzające się niekiedy, może wywołać konieczność dokonania tracheotomii. Zwykły nieżyt przewlekły krtani daje zejście pomyślne po upływie kilku miesięcy lub tygodni, owrzodzenia, zmiany w chrząstkach, ropnie i obrzęk pogarszają rokowanie.

Rozpoznanie opiera się na przebiegu choroby i bezpośredniem stwierdzeniu zmian w krtani za pomocą lusterka krtaniowego, którego stosowanie jest trudne u dzieci, ale nieodzowne dla wykrycia owrzodzeń, polipów, porażeń strun głosowych i t. p.

Leczenie. Badanie wziernikiem daje nam odpowiedź, w jakim kierunku zwrócić leczenie, polegające na stosowaniu bezpośredniem miejscowem pęzlowań środkami ściągającymi lub stosowaniu wziewań i wdmuchiwań wód siarczanych.

Prócz leczenia miejscowego stosować należy żelazo, tran, odpoczynek. W przymiocie dziedzicznym wczesnym stosować należy leczenie mieszane.

D. Kurcz głośni lub dychawica grasicowa.

Ściśle biorąc kurcz głośni jest tylko objawem, powikłaniem wielu chorób odrębnych: ksztuśca, dławca rzekomego, zapalenia gruczołów oskrzelowych, ciał obcych w krtani etc. Oprócz tych jednak przypadków kurcz głośni u dzieci małych wystąpić może jako choroba samoistna, znana p. n. dychawicy Koppa, grasicowa, drgawki wewnętrzne. To też tę ostatnią tylko chorobę mam przy opisie na uwadze.

Tak pojęty kurcz głośni jest drgawką toniczną mięśni, zwężających krtań, która zakończyć się może zaduszeniem, tem bardziej, że równocześnie występuje kurcz przepony (Hérard), skąd nazwa phreno-glottismus (Bouchut). Kopp (1830) wypowiedział zdanie, że choroba zależy od przerostu grasicy, skąd i nazwa dychawicy grasicowej. We Francyi Blache, Valleix, Barthez i Rilliet, Trousseau, Hérard nie zgadzają się na ten pogląd i uważają kurcz za drgawkę częściową.

Przyczyny. Choroba zdarza się przed 2-giem rokiem życia, częściej u chłopców. Dzieci te pochodzą z rodzin

nerwowych, pobudliwych, to też przypadki śmierci z kurczem krtani zdarzały się często w tej samej rodzinie. Obarczenie nerwowe przyjmował również i Déjerine, a Chaumier uważa kurcz krtani wprost za objaw histeryi dziecięcej. Z pośród chorób najwięcej usposabia do kurczu głośni krzywica (Henoch na 61 przyp. w 45 znalazł krzywicę). Elsässer kurcz głośni przypisywał zmiękczeniu czaszki (craniotabes) i niedostatecznemu skutkiem tego osłonięciu czaszki od ucisku, pogląd ten jednak jest błędny, Kassowitz wypowiada przekonanie, że kurcz głośni zależy od przekrwienia mózgu.

Choroba najczęściej zdarza się zimą w krajach północnych, oczywiście ząbkowanie nie odgrywa roli żadnej, natomiast słusznie Reich. Barthez i Rilliet rolę ważną przypisują ciasnym mieszkaniom, źle przewietrzanym, karmieniu sztucznemu, zbyt wczesnemu odstawieniu. Hérard podniósł rolę połykania wielkich kęsów jako przyczynę wywołującą, ten sam wynik może dać przyciśnięcie języka (Barthez i Rilliet). W istocie u 7-mio miesięcznego chłopca wywołałem kurcz krtani przy badaniu gardzieli, dziecko było źle odżywiane, miało brzuch wielki, rozstrzeń żołądka, miewał on kurcz przy najmniejszym wysiłku, w chwili przebudzenia etc..

Henoch w wielu przypadkach stwierdził łącznie z kurczem głośni drgawki ogólne. To też nerwica ta, niewątpliwie, jest następstwem samozatrucia pochodzenia kiszkowego.

Anatomia patologiczna. Kopp utrzymywał, że grasica jest przerosła i zwyrodniała, Hérard jednak dowiódł, że wielkość tego narządu jest różna u noworodków i jest przypadkowa, przerost tego narządu zdarza się bez kurczu głośni i odwrotnie. Marfan (Soc. méd. des hôp. 1894) okazywał grasicę przerosłą, która skutkiem ucisku tchawicy wywołała śmierć, ale kurczu głośni nie było. W ogóle nie znajdujemy zmian chorobie właściwych, jest to bowiem nerwica, nie pozostawiająca śladów na zwłokach

a zdarzające się w niej rozmiękczenie czaszki jest objawem krzywicy, rozedma zaś płuc znajdywana niekiedy jest sprawą wtórną. Hérard nic nie mógł znaleźć w ośrodkach nerwowych prócz przekrwienia, zależnego od zaduszenia. Jednem słowem zmian swoistych w kurczu głośni dotąd nie wykryto.

Objawy. Śród zupełnego zdrowia, w ciągu dnia lub nocy raptem występuje napad duszności, niczem nie zapowiadany. Oddech przerywa się, twarz obrzmiewa, głowa w tył zwrócona, oczy w słup, usta otwarte, klatka piersiowa nieruchoma. Po kilku sekundach następuje wdech świszczący i wreszcie napad kończy się wydechem głośnym. Często przyłączają się drgawki ogólne lub tężyczka, którą Escherich uważa za jedną i tęż samą z kurczem krtani chorobę i utrzymuje, że u dzieci z kurczem głośni przez ucisk ramienia wywołać może tężyczkę.

Powstrzymanie oddechu wpływa ujemnie na krew, po sinicy występuje bladość, kończyny są zimne, ciało pokryte potem, serce bije szybko i nierówno. Po napadzie dziecko wraca szybko do zdrowia i jest zdrowe aż do nowego napadu. Niektóre dzieci podczas napadu są podniecone, ręce unoszą ku szyi, inne zaś tracą przytomność. Reid podaje, że napad poprzedza rzężenie w krtani, a niekiedy niestrawność.

Napad zazwyczaj trwa krótko (10—30 sekund) i jest bądź lekki, ledwo dostrzegalny i polega na kilku wdechach świszczących lub też występują objawy żywy budzące niepokój. Bardzo rzadko pierwszy napad kończy się śmiercią. Rilliet i Barthez spostrzegali u 6 miesięcznego, zdrowego, ale żarłocznego dziecka napad w czasie ssania, zakończony śmiercią w ciągu kilku minut. Wogóle napady powtarzają się co kilka dni, rzadziej co kilka godzin, zbiór takich napadów w ciągu dnia stanowi jeden napad wielki. Choroba trwa jeden dzień, dni kilka, lub kilka tygodni.

Rokowanie jest złe, gdyż choroba często kończy się śmiercią, ale biorąc pod uwagę i przypadki lżejsze, zaznaczyć muszę, że są one liczniejsze od śmiertelnych. Im napady są silniejsze i częstsze, tem rokowanie jest gorsze, jeżeli napad jest pojedyńczy, lekki lub jeżeli natężenie napadów słabnie, wyzdrowienie jest prawdopodobne.

Rozpoznanie. Napad krztuśca różni się bardzo od kurczu krtani. Kaszel i głos w dławcu z bezustannym świstem skutkiem obrzęku krtani odróżniają go również od kurczu krtani, obrzęku głośni i nieżytu kurczowego. Toż samo można rzec o zapaleniu gruczołów tchawicowych, które daje napady krztuśca rzekomego. Najczęściej za kurcz głośni brano nieżyt kurczowy, ale zaznaczyć należy, że ten ostatni zdarza się u dzieci starszych (2 — 5 lat), podczas gdy pierwszy u dzieci od 1 — 2 lat, nieżyt kurczowy jest chorobą dobrotliwą, podczas gdy kurcz złośliwą. Co się tyczy dychawicy zwykłej zdarzyć się ona może nawet u dzieci młodszych, ale odróżnia się nieżytem, kaszlem, rzężeniami w płucach.

Leczenie. Prócz środków dyetetycznych próbowano wielu środków przeciwkurczowych (tlenek cynku, woda laurowa, bromek potasu, asafetyda, belladona, moschus) czyszczące (ipecacuanha, kalomel), kąpiele ciepłe. Reid radzi zmianę powietrza, unikanie wszelkich chałasów i podniet, oraz podrażnienia, karmienie powolne oraz pokarmy roztarte.

W czasie napadu twarz spryskać należy wodą, rozcierać ciało, spróbować wdechań eteru lub chloroformu. Tam, gdzie grozi uduszenie, dokonać intubacyi i ustami wdmuchiwać powietrze (zgłębnik—rurka Ribemont'a). Można też zastosować elektryzacyę. Kürt (z Wiednia) radzi pęzlowanie łącznicy lub śluzówki nosa piórkiem, zmoczonem w roztworze chininy.

E. Obrzęk krtani lub głośni.

Pod obrzękiem głośni, lepiej o. krtani pojmować należy nacieczenie surowicze podśluzówki różnych części krtani, niekiedy przyczyną jest zapalenie, a wtedy sprawę nazwać by należało zapaleniem obrzękowem krtani.

Przyczyna. Obrzęk krtani wystąpić może nawet u noworodków jak to stwierdził Billiard u dziecka z twardziną, często zdarza się w zapaleniu nerek po płonicy i w wadach serca. Zimno, ciała obce, połykanie zbyt gorących płynów, zapalenia proste lub swoiste, błonica, odra, ospa, gruźlica i przymiot mogą również wywołać obrzęk krtani, toż samo rzec należy o ropniu pozagardzielowym i zapaleniu krtani z zatrucia jodem. W wyjątkowych wypadkach chorobę można było przypisać durowi, róży i śwince. Jak widzimy przyczyny obrzęku krtani są różnolite, rzadko jednak działają, a główna przyczyna obrzęku u dorosłych — gruźlica — u dzieci nader rzadko może grać rolę wybitną. To też nie dziwi nas statystyka Sestier'a (Traité de l'angine laryng. oed. 1852), który na 215 spostrzeżeń 17 zaledwie znalazł u dzieci, z tych 17 5-cioro miało mniej, niż 5 lat.

Anatomia patologiczna. Rzadko bardzo występuje obrzęk zwykły, najczęściej mamy wysięk surowicy z krwią lub ropą szczególniej w zapaleniu podśluzówki, ochrzęstny etc. Na krtani obrzękłej znajdujemy rumień, nadżerki, błony nerkowe, owrzodzenia zwykłe i gruźlicze, zapalenie, wyrośla i t. p., zdarza się również częściowa zgorzel chrząstek a równocześnie nieżyt gardzieli zwykły, zapalenie błonicze, owrzadzające, zgorzelinowe.

Objawy. Obrzęk krtani zwykle jest objawem wtórnym, poprzedzają go zwykle objawy ostrego lub przewlekłego cierpienia gardzieli lub krtani albo też obrzęk ogólny. Śród tych objawów raptem występuje duszność ze świstem wdechowym. Wydech łatwy stosunkowo, ale

wdech długi, ciężki, świszczący, chory sięga ręką ku szyi zwykle obrzękłej i próżne czyni wysiłki, aby ułatwić sobie oddech.

Wprowadzając palec do gardzieli, wyczuwamy dokładnie obrzękłą nagłośnię i fałdy nalewko nagłośniowe, a, przyciskając język, możemy nawet widzieć krtań obrzękłą z jednoczesnym obrzękiem języczka i podniebienia miękiego.

Jeżeli nie pośpieszymy z szybką pomocą i nie usuniemy przeszkody dla oddechania, dziecko dusi się i po dłuższej lub krótszej walce umiera. Zaznaczyć należy, że bez względu na natężenie duszności głos jest zupełnie czysty.

Przebieg choroby jest zmienny: obok przypadków piorunujących, zabijających dziecię w ciągu kilku godzin, znamy przypadki, trwające kilka dób ze zwolnieniem natężenia objawów, niektóre nawet kończą się wyzdrowieniem. Rokowanie jednak jest zawsze złe.

Rozpoznanie opiera się głównie na przebiegu choroby, nagłem wystąpieniu duszności, oddechu, zachowaniu głosu i t. p. W dławcu mamy bezgłos, duszność naprzemian z napadami zaduszania, błony rzekome w gardzieli. W dławcu rzekomym i kurczu głośni w przerwach między napadami oddech jest zupełnie normalny, a same napady trwają krótko. W ropniu pozagardzielowym znajdujemy guz na tylnej ścianie gardzieli. Zresztą badanie bezpośrednie stwierdza obrzęk nagłośni i fałd nalewko-nagłośniowych, migdałów, języczka i podniebienia miękiego. O ile istnieje obrzęk ogólny, oczywiście, ułatwia to rozpoznanie.

Leczenie. Na szyję natychmiast zastosować należy okład gorący, do krtani zaś wdmuchiwać taninę lub robić wcierania z roztworu ałunu i taniny (1%), wreszcie dokonać nacięcia okolic obrzękłych. Intubacyi nie zalecamy, natomiast gdy środki powyższe zawiodą, stosować należy tracheotomię.

F. Brodawczaki gardzieli.

Brodawczaki są małemi dobrotliwemi naroślami, występującemi w krtani u dzieci.

Przyczyny. Brodawczaki mogą być wrodzone (23:137). Bruns znalazł 9 przyp. w 1-szym roku, 18 w 2-gim, 13 w 3-cim, 15 między 3—6, 11 między 6—10, 10 między 10—15, stosunek chłopców do dziewcząt 3:2. Zaznaczano również wpływ usposabiający odry, ospy, krztuśca, błonicy i nieżytów gardzieli, wogóle wszelkie stany zapalne usposabiają do brodawczaków.

Anatomia patologiczna. Ulubionem siedliskiem brodawczaków są brzegi wolne strun głosowych na górnej powierzchni w przedniej części, zdarzyć się jednak mogą i w innych miejscach, pozbawionych brodawek. Brodawczaki występują pojedyńczo lub w większych ilościach. Pojedyńcze zawsze znajdujemy na strunach głosowych, są one rozsiane na całej śluzówce, a nawet mogą zlewać się z sobą (papillomata diffusa).

W początku znajdujemy wypukłości białawe, nierówne, które później wyciągają się w nici lub też tworzą wyrośla malinowate, kalafiorowate i t. p. Wielkość ich waha się od ziarna prosa do migdała, barwa różowa lub szara, skupienie miękie, kruchość znaczna. Brodawczaki pojedyńcze siedzą często na szypule.

Objawy. Głos w początkach staje się matowym, ochrypłym stale lub z przestankami, po zachrypnięciu może wystąpić bezgłos zupełny, niekiedy występują napady duszności, kaszel ma cechy dławcowego. Z chwilą wzrostu guzów, oddech staje się coraz bardziej utrudnionym. Objawy powyższe ulegają polepszeniu i pogorszeniu naprzemian, trwają długo i w końcu są już stałe. Zmęczenie, bieganie, a nawet sprzeciwianie się dziecku wywołuje napady duszności. Badanie za pomocą lusterka jest zawsze u dzieci utrudnione, ale tam, gdzie to mo-

żliwe, odrazu znajdujemy przyczynę objawów powyższych. Gdy niepodobna zastosować lusterka badania dokonać należy za pomocą palca.

Przebieg choroby jest powolny, ale stały, brodawczaki odnawiać się mogą, to też czas trwania choroby jest długi, wyzdrowienie samoistne nie jest niemożliwe, ale zawsze obawiać się można śmierci z uduszenia.

Rozpoznanie przy badaniu bezpośredniem lusterkiem jest łatwe, gdyż inne guzy zdarzają się wyjątkowo. W przypadkach, gdzie badanie lusterkiem nie jest możliwe, należy stawiać rozpoznanie przez wykluczenie.

Leczenie. Niewątpliwie jedynie tylko leczenie chirurgiczne daje trwałe wyniki, wycięcie jednak przez jamę ustną jest u dzieci trudne i nie zabezpiecza od nawrotów, laryngotomia zaś jest zabiegiem trudnym i niebezpiecznym, do którego uciekać się należy w ostateczności. Rosenberg (Arch. f. laryng. 1896), porównywając wyniki 88 laryngofissur, 34 tracheotomii i 43 wycięcia przez drogi naturalne dochodzi do wniosku, że pierwsze 2 zabiegi dają gorsze wyniki. Najlepsze wyniki według prac laryngologów daje tracheotomia i intubacya. Ta ostatnia pozwala uniknąć duszności, a ucisk rurki powoduje zanik brodawczaków. Tracheotomia daje lepsze wyniki, gdyż na czas dłuższy pozwala wypocząć krtani i tą drogą wywołuje zmiany wsteczne w brodawczakach. Hunter Mackenzie dowiódł tego niezbicie. W przypadku Railton'a wyzdrowienie po tracheotomii nastąpiło w ciągu lat $3^1/_2$, w innym przypadku trzeba było czekać na wyzdrowienie 2 lata (Brit. med. Journ. 1898). Aleksandrow (Dietskaja med. 1878) otrzymał wyzdrowienie po 6—12 m. noszenia kanki u 2 letniego chłopca i 12 letniej dziewczyny.

Wycinać można tylko brodawczaki pojedyncze na szypułach i łatwo dostępne. Maurice Boulay otrzymał dobre wyniki, stosując tyrotomię (Arch. de méd. de l'enf. 1900).

G. Ciała obce w drogach oddechowych.

Ciała obce płynne lub stałe mogą się dostać do dróg oddechowych wypadkowo. Pochodzą one z zewnątrz, bądź też z narządów okolicznych. Np. ropień płuc lub opłucny przebić się może do oskrzeli, tu również opróżnić się może ognisko zserowaciałe. Sprawami temi bliżej zajmować się nie będę, gdyż rozpatruję je jako powikłania razem z odnośnemi chorobami. Tu mówić będę o ciałach obcych, wprowadzonych przez nos lub jamę ustną z zewnątrz i głównie o ciałach stałych, gdyż płyny zostają śród krztuszenia i kaszlu natychmiast wydalone na zewnątrz. Wprawdzie Parrot (Soc. méd. des hôp. 1868) opisał wypadek, w którem mleko zwymiotowane przez niemowlę dostało się do tchawicy i spowodowało zaduszenie, jest to jednak wyjątkowy przypadek, innych dotąd nie opisywano.

Powoławszy się na opis ciał obcych w nosie, podany wyżej, przejdę do ciał obcych w krtani, tchawicy i oskrzelach.

Przyczyny. Ciała obce w drogach oddechowych spotykamy częściej u dzieci, niż u dorosłych, większość prac ogłoszonych dotyczy dzieci poniżej lat 10. Ciała obce dostają się najczęściej podczas zabawy różnymi przedmiotami, branymi do ust. Wystarcza wtedy jakieś wzruszenie (strach, śmiech, płacz), powodujące wdech głębszy, aby ciało to zostało wniesione z prądem powietrza do krtani. Rzadziej ciała obce dostają się w czasie połykania, zdarza się to w porażeniu krtani lub też zniszczeniu nagłośni.

Wielkość ciał obcych w krtani, ich postać i rodzaj są tak rozmaite, że zajmować się ich opisem niepodobna, są to przedmioty rogowe, metalowe, pestki, ości, groch i t. p., ten ostatni spotykano często. Guersant na 5 tracheotomii w 5 przypadkach wyciągnął groch, Bertholle (1866)

na 130 spostrzeżeń w 33 znalazł groch rówuież, a w 19 pestki wiśni rzadziej spotkać można przypadek następujący: 9-letnie dziecko, bawiąc się świstawką, wciągnęło stroik, który ze zwłok wydobyto z lewego oskrzela. Nadto znajdywano w drogach oddechowych glisty, pijawki etc.

Anatomia patologiczna. Ciało obce wprowadzone do krtani, może się tu zatrzymać lub też dostać się do tchawicy, gdzie jest ruchome, a stąd do oskrzeli. Na 166 ciał obcych 30 znaleziono w tchawicy, 35 w krtani, 26 w lewem, 15 w lewem oskrzelu (Gaz. méd. de Paris. 1868). W krtani zatrzymują się tylko ciała większe lub kańczaste, mogą zatrzymać się nad głośnią w zatokach Morgani'ego. Tego rodzaju przypadek spostrzegał Gyon: skorupka orzecha leżała jednym swym końcem w zatoce.

Tchawica jest tylko zwykle miejscem chwilowego pobytu ciał obcych, które częściej schodzą aż do oskrzeli, skutkiem jednak rozpęcznienia ciała obce zostać się mogą na miejscu nieruchomo. Skutkiem zetknięcia z ciałami obcemi następuje podrażnienie, owrzodzenie, a niekiedy przedziurawienie. Przedziurawienie oskrzela może wywołać nieżyt płuc, zgorzel, często znajdywano na zwłokach ropne zapalenie opłucny. Skutkiem duszności rzadziej rozwija się rozedma płuc, zwykłym za to objawem jest rozszerzenie oskrzeli.

Objawy. Ciało obce, dostawszy się do dróg oddechowych, wywołuje duszność i silny napad kaszlu. Po szeregu napadów następuje spokój pozorny, po którym wkrótce mamy szereg nowych napadów, przerywanych względnie spokojnem oddechaniem Ta przestankowość napadów jest nieomal piętnem dla ciał obcych i zależy od przesuwania ich. Ciało unieruchomione nie wywołuje kaszlu, ale uduszenie z chwilą, gdy umiejscowi się w głośni. Często powtarzające się napady kaszlu mogą wywołać odmę podskórną. Niekiedy dzieci wskazują na pewien punkt bolesny w krtani, jest to jednak objaw nie-

stały, niekiedy słyszymy przy osłuchiwaniu lub obmacywaniu przedniej części szyi szmer uderzenia, drżenia, klapania. Nie zawsze występuje on wyraźnie, najczęściej wtedy, gdy ciało obce jest ruchome w tchawicy i w czasie napadów duszności, kiedy badanie wogóle jest trudne.

Skoro ciało obce dostanie się do oskrzela i zatka jego światło, znajdujemy częściowe lub całkowite zniesienie oddechu w danej części płuca, odgłos opukowy jednak jest normalny. Skoro rozwinie się zapalenie oskrzeli lub płuc znajdujemy właściwe im oznaki.

Niekiedy napad duszności występuje raz jeden na początku, a ciało obce w oskrzelu nie daje na razie objawów żadnych, dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach występują objawy nieżytu oskrzeli z plwociną śluzową lub krwawą. Razem z tą plwociną może być wykształtuszone i ciało obce, na to jednak liczyć nie należy. W tego rodzaju przypadkach rozpoznawano niekiedy gruźlicę. Rzadko bardzo ciała obce dróg oddechowych nie wywołują żadnych następstw. Wobec częstości różnych powikłań wyzdrowienie wogóle jest rzadkie, nawet po dokonaniu tracheotomii.

Rozpoznanie jest często bardzo trudne, dzięki młodemu wiekowi, brakowi danych anamnestycznych, przestankowości napadów. Opierając się jednak na przytoczonych powyżej objawach oraz badaniu lusterkiem krtaniowem, często postawić możemy rozpoznanie. Zgłębnikowanie przełyku pozwala nam wykluczyć ciała obce w przełyku; dławiec rzekomy i kurcz głośni dają, jak wiemy, swoiste objawy, a dławiec błoniczy wywołuje chrypkę i daje objawy ogólne. Pomyłki są możliwe gdy napad wystąpi nagle, dalsze jednak badanie wyjaśnia sprawę.

Leczenie. Jedynem wskazaniem jest wywołać szybkie usunięcie ciała obcego drogą naturalną lub po otwarciu tchawicy. Środki wymiotne nie są wskazane, racy-

onalne jest opuszczenie głowy na dół, jednocześnie zaś uderzamy dziecko do karku i polecamy mu kasłać. Sposób ten stosować należy szybko. Ciała obce, znajdujące się nad głośnią można wyjąć szczypcami lub palcem, ciała obce w krtani przy pomocy lusterka i szczypców. Zazwyczaj należy uciec się do tracheotomii, szeroko rozszerzając brzegi rany. Jeżeli ciało obce nie wysunie się samo, szukać go należy za pomocą szczypców zagiętych. Po tracheotomii, jak dowodzi statystyka Guyon'a, dzieci zdrowieją częściej, niż pozostawione własnemu losowi.

H. Świst noworodków (stridor),

U niektórych noworodków spotykamy oddech głośny, przypominający skrzeczenie żab, nie jest to ani dławiec rzekomy, ani też kurcz głośni, gdyż zdarza się i u dzieci zdrowych i może przejść bez śladu po kilku tygodniach lub miesiącach. Pod wpływem podniet, w czasie ssania szmer może się zwiększyć i oddech stać się utrudnionym. Analizując ten szmer, podzielić go możemy na 2 części: szmer głuchy szybki, rodzaj przelewania oraz szmer ostry końcowy. Moure (Soc. méd. de Bordeaux 1898) przypuszcza, że szmer głuchy tworzy się skutkiem drgań podniebienia miękkiego i tworzy się w jamie nosogardzielowej, ostry zaś w krtani. Toż samo zdanie wypowiada Thomson. Świst występuje tylko w czasie wdechu, zmienia się co do siły i brzmienia: dziś jest głuchy i niski jutro czysty i wysoki, może znikać i wracać nazajutrz i t. p., głos i kaszel są wyraźne. Świst zwiększa się po obudzeniu , skutkiem podniecenia, przy zmianie ciepłoty, krzyku, zbyt szybkiem pojeniu, kąpieli etc.

Na 18 dzieci, spostrzeganych przez Sutherlanda i Lambert Lack'a (The Lancet 1897), u 8 występowały

podczas obudzenia napady duszności, z sinicą, niekiedy z wciąganiem nadpępcza. Danych wysłuchowych brak, również nie znajdujemy zmian przy badaniu nosa i gardzieli, w przypadku Mure'a stwierdzono jednak wyrośla gruczołowate. W sześciu przypadkach badanych lusterkiem znaleziono zwiniętą na głośnię, której oba brzegi schodziły się prawie z sobą, a zbliżone do siebie fałdy nalewko-nagłośniowe jeszcze więcej zwężały otwór krtani i drgały przy przejściu powietrza, struny głosowe były bez zmian.

Świst może trwać stale lub też być przejściowym; u noworodka, spostrzeganego przezemnie razem z d-rem Maranger'em oddech świszczący trwał od urodzenia kilka tygodni, zwykle jednak trwa dłużej, w postrzeżeniu angielskiem zwiększył się w ciągu pierwszych dni, pozostawał bez zmiany do 9 miesiąca, poczem stopniowo zmniejszał się i ustąpił przed 2 rokiem. W końcu było tylko lekkie skrzeczenie w czasie rozdrażnienia i szybkiego oddechu. Toż samo również stwierdzono u innego dziecka. Badanie lusterkiem wykazało zajęcie nagłośni, boczne zbliżenie fałd nalewko-nagłośniowych, które przeszkadzały przy oddechaniu.

Według Gee szmer ma powstawać w gardzieli, według Lori jest następstwem kurczu klonicznego strun głosowych, a według Robertson'a porażeniem rozszerzaczy głośni. Thomson widzi w tem zaburzenie w unerwieniu, Herzfeld zaburzenie w ośrodku oddechowym (Tow. pedyatr. w Berlinie 1897). Słuszniejszy wydaje się nam pogląd Lees'a, Goodhardt'a i Sutherlanda, że mamy do czynienia z nieznacznem zboczeniem krtani, małem napięciem fałd nalewko-nagłośniowych, które z wiekiem ustępuje. Tak było w przypadku Variot'a (Soc. méd. des. hôp. 1898). Wogóle jest to cierpienie uleczalne.

Obok przepisów hygieny należy zalecić wkraplanie do nosa oliwy z mentolem (1%), natryski z kwasu

bornego, jednem słowem przemywanie nosa. Anglicy zalecają w razie duszności tracheotomię, nigdy jednak nie miałem potrzeby uciekania się do tego zabiegu.

S. Zamartwica noworodków.

Skoro dziecko po urodzeniu nie krzyczy i nie oddycha, mówimy o zamartwicy sinej lub białej, śmierci pozornej etc.

Zwykle skóra jest sina, głównie na twarzy i kończynach prawie czarnych, dziecko nie porusza się, mięśnie zwolnione, ciepłota spada szybko, język siny i zimny, odruchów skórnych i śluzówkowych brak, przy dotknięciu do rogówki niekiedy spostrzegamy skurcz powiek, serce bije powoli i słabo. Bezdech, początkowo zupełny, po pewnym czasie ustępuje, występują oddechy rzadkie, przerywane i głośne. Niekiedy widzimy skurcz mięśni oddechowych, ale powietrze nie wchodzi do płuc skutkiem przeszkody w krtani. Przy cuceniu siła uderzeń serca wzrasta stopniowo; skóra staje się różową, oddech powoli wyrównywa się, oczy otwierają się, słyszymy mruczenie i dziecko ruszać się zaczyna, po $^1/_4$—$^1/_2$ godziny wszystko wraca do stanu normalnego.

Zdarzyć się może, że dziecko rodzi się bez zamartwicy, ale ta ostatnia występuje nieco później skutkiem czopa, tkwiącego w krtani; wtedy śluz wyssać należy.

Pod nazwą zamartwicy białej opisują omdlenie, które występuje po urazie lub krwotoku przy ciężkim porodzie.

Częstokroć w tych razach mamy zmiany w mózgu lub rdzeniu, uniemożliwiające wyzdrowienie. Niekiedy spostrzegamy postać mieszaną zamartwicy białej i sinej. Wobec noworodka który nie oddycha, rodzi się zawsze pytanie czy śmierć jest pozorna, czy istotna; płód martwy, wymokły rozpoznać można z łatwością. W każdym

razie dopóki serce bije, nie należy zaprzestać cucenia. Ruchy serca wyczuć można ręką. Trousseau radzi na okolicę serca puścić kroplę wody i uważać czy się porusza.

Na zwłokach dzieci zmarłych w zamartwicy znajdujemy przekrwienie żylne trzewiów, wybroczyny pod opłucną, obrzęk mózgu, niedodnę płuc, śluz w tchawicy i oskrzelach, rzadziej krwotoki w oponach. W zamartwicy białej zmian często brak lub znajdujemy je w kościach lub nerwach.

Na 5449 porodów Demelin naliczył 188 przyp. zamartwicy t. j. około 3%. Rokowanie jest poważne, gdyż z 188 przyp. zmarło 65—34%, czyli uratować można zaledwo $^2/_3$ noworodków.

Ratunek musi być szybki. Przedewszystkiem należy dziecko obmyć (kąpiel mydlana), wycierać, rozcierać ciepłą bielizną, dać kąpiel gorczyczną. Jednocześnie oczyszczamy drogi oddechowe palcem i drażnimy śluzówkę nosa piórkiem. Dobrze działają rytmiczne pociągania języka (Laborde), oddech sztuczny za pomocą ruchów odnośnych, wdmuchiwanie powietrza, rurka krtaniowa. W tym ostatnim razie należy przedewszystkiem wyssać śluz, a dopiero później stosować wdmuchiwanie, które nie powinno być zbyt silne, aby nie wywołać rozedmy płuc. W tym celu stosować należy gruszkę z kauczuku z rurką Ribemont'a.

J. Choroby grasicy.

Grasica jest narządem czasowym mieści się za mostkiem przed tchawicą i po nad osierdziem. Waży od 2—30 gm.

B r a k g r a s i c y. U 2-letniego dziecka z obrzękiem śluzowym stwierdziłem jednocześnie brak grasicy i tarczycy. Dziecko było wielkości noworodka, char-

łactwo wystąpiło wcześnie, może nawet od urodzenia (obrzęk śluzowy wrodzony). Po za tem właściwych brakowi objawów nie było, gdyż organ zanika zwykle powoli.

Przerost grasicy jak przypuszczano dawniej, zdarzać się miał często, przypisywano mu zamartwicę, omdlenie, śmierć nagłą.

Dwumiesięczne dziecko zastano martwem w kołysce (Klesin. Wracz 1898), na zwłokach znaleziono ucisk tchawicy skutkiem przerostu grasicy (31 grm.) Biedert opisuje spostrzeżenie własne u 10 m. dziecka z dusznością jak w dławcu, tracheotomia nie uratowała dziecka. Na zwłokach znaleziono ucisk tchawicy przez przerosłą grasicę i gruczoły oskrzelowe. Koppe spostrzegał 8 m. dziecię, które w pełni zdrowia zmarło nagle, grasica była powiększona, ale jednocześnie był przerost migdałów, gruczołow szyjnych śródpiersiowych, krezkowych oraz leukocytoza.

Opisano również szereg przypadków dychawicy grasicowej, nie wszystkie jednak wytrzymują krytykę. Według Paltauf'a przyczyną przerostu grasicy ma być skaza limfatyczna, powodująca przerost wszystkich narządów chłonkotwórczych. Scheele przypuszcza, że ucisk tchawicy mógłby nastąpić dopiero wtedy, gdyby grasica ważyła kilka kilo, co się nigdy nie zdarza, a mimo to w przypadku Marfan'a znaleziono ucisk przy wadze 31 gm., dziecko 2 miesięczne zmarło śród drgawek w ciągu 2 dni z zamartwicy. Powiększenie grasicy zależy od przekrwienia, krwotoku, znajdujemy w niej często wybroczyny i zawały.

Zapalenie grasicy zdarza się bardzo rzadko. Demme znalazł u $2^1/_2$ m. chłopca guz gorący w przedniej części szyi z utrudnionem połykaniem i oddechaniem, sinicą,, biciem serca. Na zwłokach znaleziono zropienie grasicy. Toż samo u płodu syfilitycznego opisał przedtem P. Dubois, a Depaul i Lehmann znajdywali w gra-

sicy gumaty. Bednar podaje opis torbieli grasicy z przezroczystą lub żółtawą zawartością w przymiocie dziedzicznym, Parrot natomiast na olbrzymiej ilości zwłok syfilitycznych nie znajdywał ani razu zmian w grasicy.

G r u ź l i c a. Osobiście spostrzegałem jeden przypadek gruźlicy grasicy: zserowacenie gruczołu równocześnie ze zserowaceniem gruczołów oskrzelo-tchawicowych, a Demme u 42-dniowej dziewczynki, zmarłej z uwiądu, znalazł w grasicy 2 gruzełki, zawierające l. Kocha.

G u z y g r a s i c y. W grasicy znajdywano nadto raki, mięsaki, śluzaki zwykle lub tłuszczakowe. W przypadku Stendener'a (12 mies. dziecko) znaleziono w śródpiersiu mięsaka krwotocznego z komórkami okrągłemi, pochodzącemi z grasicy. W tego rodzaju przypadkach występują objawy guza śródpiersia.

Wobec tego, jak widzimy, patologia gracicy dotąd nie została wyjaśnioną i nie jest nawet ciekawą.

K. Choroby tarczycy.

1. Obrzęk śluzowy.

Brak wrodzony lub zanik tarczycy wywołuje charłactwo swoiste z niedorozwojem fizycznym i umysłowym, opisywany p. n. cachesia pachydermica, cretinismus, idiotismus myxoedematicus.

Obrzęk śluzowy nabyty rozwija się po usunięciu na drodze operacyjnej tarczycy (cachesia strumipriva, myxoedema operativa). Aczkolwiek choroba głównie jest wrodzoną bardzo rzadko występuje już w pierwszych miesiącach i latach życia, co zależy nietylko od wyłącznej dyety mlecznej, ale od zastępczej funkcyi grasicy, posiadającej, prawdopodobnie, toż samo znaczenie fizyologiczne. Tam, gdzie brak i grasicy, obrzęk śluzowy rozwi-

ja się bardzo szybko, jak to widać z przytoczonego w poprzednim rozdziale przypadku, gdzie 6 m. dziecko ważyło tyleż, co noworodek.

Objawy obrzęku są charakterystyczne: obrzęk całego ciała, ciemne zabarwienie skóry, wargi obwisłe, nos spłaszczony, język, zbyt wielki, wystaje na zewnątrz, ślinotok etc. Ciemiączka są otwarte lub też zamykają się późno, brzuch wielki z przepukliną pępkową, chodzenie spóźnione, powyżej obojczyków znajdujemy często guzy chełboczące (tłuszczaki rzekome). Wzrost mały, inteligencya nie rozwija się wcale, mowa i chodzenie w zaczątku, osobnik w ogóle jest nierozwinięty i dziecinny: 10—15-letnie dzieci są tak rozwinięte jak dzieci 3—4-letnie. Chorzy tacy są apatyczni, nieruchomi, wydają nieartykulowane okrzyki, niektórzy są zupełnymi idiotami. Ciało zimne, włosy rzadkie i twarde, ciepłota wewnętrzna obniżona.

Dzięki powyższym objawom z łatwością odróżniamy chorobę od obrzęku zwykłego, krzywicy, słoniowacizny i piętna mięczatkowate.

Leczenie, od kilku lat stosowane, polepsza nieco rokowanie. Po wypróbowaniu dość szczęśliwem przeszczepiania tarczycy baraniej, wstrzykiwań podskórnych soku tarczycy zaczęto stosować podawanie per os świeżej tarczycy (pastylki, tabletki, tabloidy tyroidyny). Dawkowanie jednak powinno być ścisłe, należy wstrzymać podawanie przy wystąpieniu podniecenia i gorączki.

Dzieciom podają po $^1/_2$ tabliczki jodotyryny Knoll'a lub Bayer'a lub kapsułkę Vigier'a w mleku lub w wodzie ocukrzonej. Dawkę tę całodzienną podajemy w 3 dawkach w ciągu 8 dni, poczem robimy pauzę trzydniową i znów rozpoczynamy leczenie i t. p. Skoro 1-szą dawkę chory znosi dobrze, powiększamy ją do 1 tabletki, do 1,5, 2 i t. d. Jednocześnie stosujemy spokój ciepło kąpiele, dyetę roślinną, wstrzymanie się od wyskoku.

2. *Wole i zapalenie tarczycy.*

Wole jest powiększeniem całego lub części gruczołu tarczowego. Zapalenie gruczołu również rozwinąć się może w całym gruczole lub jednym zrazie, i tu mamy obrzmienie, ale ostre przejściowe, które może wystąpić nawet w przebiegu wola.

Przyczyny. Istotne wole bardzo rzadko zdarza się u dzieci, chyba tylko w okolicach z matołkami (wysokie doliny Alp, Karpaty, Tatry), może być również wrodzone: Isaac A. Abt. (Arch. of. Ped. 1900) przytacza przypadek wola wrodzonego równocześnie z wrodzoną przepukliną przeponową. Zapalenie tarczycy różne mogą wywołać przyczyny, zazwyczaj są niemi choroby zakaźne: dur, świnka, zapalenie płuc, ospa, błonica, cholera, ropnica, zimnica i t. p., spotykano również gruźlicę tarczycy (Virchow u 8 m. dziecka, Perry 1 przyp. u 10-letniego, Woeffler —3 przypadki wreszcie, 1 przyp. Rogera i Garniera (Arch. gén. de méd. 1900). Po zatem zapalenie rozwinąć się może skutkiem urazu, przeziębienia i gośćca.

Anatomia patologiczna. Wole może być torbielowate lub naczyniowe, niekiedy tętnicze. W wolu wrodzonem prócz unaczynienia znajdujemy rozrost komórek. Jeżeli nastąpi zanik komórek lub zniszczenie ich pod wpływem stwardnienia, dziecko znajduje w tych samych warunkach, co przy braku tarczycy czyli ulegnie obrzękowi śluzowemu. Toż samo zdarzyć się może w zapaleniu ostrem t. z. wolu ostrem. Gruźlica tarczycy zwykle przebiega skrycie i może być stwierdzona dopiero na zwłokach w postaci rozsianych gruzełków, lub też gruzełków żółtych z obszernem i rozlanem zserowaceniem. Skutkiem zropienia tarczycy—w chorobach zakaźnych i ropnicy—może rozwinąć się zatoka do śródpiersia, nastąpić przedziurawienie dróg oddechowych

i przełyku. Niekiedy zapalenie tarczycy może przejść w zgorzel.

Objawy. Wole jest guzem nierównym w przedniej części szyi jedno lub obustronnym. Guz jest twardy, odporny lub miękki i chełboczący, zależnie od tego, czy przeważa stwardnienie czy też torbiele. Niekiedy czujemy tętnienie i bicie, dzięki czemu z łatwością rozpoznać możemy rodzaj guza. Wole ma przebieg przewlekły i trwa długo, nieraz przez całe życie, wywołuje objawy ucisku i duszności, szczególniej gdy opuszcza się do śródpiersia, uciska tchawicę lub nerwy krtaniowe, wywołując świsty zmianę głosu, bezgłos i t. p., może jednak być wyleczone.

Zapalenie tarczycy powoduje ból, gorączkę, obrzmienie zapalne przedniej części szyi, ból ten wzmaga się i przy ucisku i ruchach szyi przy wyciąganiu oraz połykaniu. Przez cały czas trwania gorączka silna i ból głowy. Guz przy połykaniu wykonywa ruchy. Przy obmacywaniu wyczuwamy guz gorący, twardy, napięty po jednej stronie lub pośrodku. Często sprawa kończy się rozejściem, po 4--5 dniach, guz wtedy zmniejsza się stopniowo i znika w ciągu 2—3 tygodni. Gdy sprawa przechodzi w ropną, zwiększa się obrzęk szyi, gorączka wzmaga się, występują objawy ucisku i duszność, wtedy należy natychmiast przystąpić do operacyi nawet przedtem, nim wystąpi wyraźne chełbotanie. Niekiedy skóra czerwienieje, i ropa przebija się na zewnątrz, poczem pozostać może przetoka, z której wydziela się ropa dobrotliwa lub zmieszana z krwią i rozpadem. Przy silniejszem natężeniu sprawy chrząstki krtani, ulegają obnażeniu, zniszczeniu i ropa dostaje się do krtani wywołując zaduszenie lub wykrztuszanie ropy; rzadziej ropa szuka sobie ujścia do przełyku. Najgroźniejszem powikłaniem jest opuszczenie się ropy do śródpiersia, w jednym przypadku nastąpiło nawet przebicie się ropy do opłucny; powikłania te występują w postaci zgorzelinowej. W pierwotnem zapaleniu tarczycy odczyn jest żywy, we wtórnem

skutkiem poprzedzającej choroby zakaźnej, która wyniszczyła ustrój, zapalenie może przebiegać niepostrzeżenie z niewyraźnymi objawami miejscowymi.

Rokowanie jest zawsze ciężkie, gorsze w postaciach wtórnych i w zapaleniu ropnem. Śmiertelność waha się od 15—20%. Do następstw zaliczyć należy obrzęk śluzowy, infantylizm, niedorozwój.

Rozpoznanie. Wole odróżnia się od zapalenia przebiegiem, jest guzem zimnym i trwa od ddawna. przeciwnie obrzmienie zapalne jest zawsze świeże. Trochę uwagi wystarczy dla wykluczenia zapalenia gardzieli, ostrego zapalenia gruczołów, zapalenia mięśnia sutkoobojczykowego, ropówki szyi, najbardziej z objawów zbliżone jest zapalenie chrząstek krtani. W jednym przypadku przyczyną omyłki rozpoznawczej był mięsak (Billrot), niekiedy również powstawały omyłki z powodu torbieli, uległej zapaleniu. Przyczyny zapalenia szukać należy w wywiadach.

Leczenie. W wolu stosujemy wstrzykiwania jodyny według metody Luton'a, Duguet'a, wstrzykiwań dokonywamy bezpośrednio do miąższu co 10—15 dni w ilości 0,25—0,5 cm. Po pewnym czasie następuje zmniejszenie tarczycy, przez co uprzedzamy ucisk tchawicy. Jodyna i jodek potasu, podawane do wewnątrz, dają gorsze wyniki. W wolu wrodzonem Mossé i Cathala (Acad. de méd. 1898) uzyskali wyzdrowienie, karmiąc mamkę dziecka tyreoidyną. Dziecko urodziło się z matki, dotkniętej wolem, było słabo rozwinięte i rozwijalo się źle, rokowanie było złe. Dla polepszenia zdrowia matki zaczęto dawać jej tyroidynę przez 5 dni po 2 tabletki z 1,5 gm. tyroidyny, co 5 dni robiono przerwę. Po miesiącu i pół leczenia zarówno matka, jak i dziecko wyzdrowiały; w 4 mies. później matka, nieco schudła, ale dziecko było rozwinięte wybornie, spostrzeżenie to dowodzi, że można leczyć dzieci z wolem wrodzonem, podając tyroidynę karmicielce.

W przypadku obrzęku śluzowego po zapaleniu tarczycy Shields (N. Y. m. J. 1898) uzyskał znaczne polepszenie po stosowaniu tyroidyny. W przypadku tym dziewczynka z rodziny zdrowej aż do 10 m. rozwijała się prawidłowo, w tym miesiącu wystąpił napad ostrego zapalenia tarczycy, trwający tydzień z gorączką, powiększeniem gruczołu, objawami ucisku tchawicy. Po tygodniu gorączka ustąpiła, tarczyca zanikła. Wkrótce rozwinęły się objawy niedorozwoju. W 7 roku życia autor zastosował wyciąg tarczycy, poczem dziecko wyzdrowiało.

W ostrem zapaleniu tarczycy stosujemy wcieranie szaruchy z belladoną, a gdy zbierze się ropa natychmiast przystępujemy do operacyi. W zapaleniu gośćcowem— salicylan sodu, w zimnicy — chinina.

3. Choroba Basedow'a.

Choroba Basedow'a jest nerwicą, cechującą się powiększeniem tarczycy, biciem serca, wysadzeniem gałki ocznej. Niekiedy brak jednego z trzech tych objawów.

Przyczyny. U dzieci choroba Basedow'a zdarza się bardzo rzadko. Steiner zebrał (Arch. f. Kind. 1896) 44 przypadki z piśmiennictwa i 3 własne, do tego dodać należy przypadek Zuber'a (Arch. de méd. des enf. 1900), Variot'a i Gillespie, otrzymamy w ten sposób 50 spostrzeżeń u dzieci. Najwięcej przypadków było u dziewcząt (5 : 1). W wywiadach znajdujemy histeryę, padaczkę, obłęd i t. p. u wstępnych, nadto znajdujemy oznaki zwyrodnienia, stąd też mimo widocznego objawu—wola—choroba musi być uważaną za nerwicę. Variot i Roy w Soc. de Ped. 1901 r. przedstawili chłopca $4^1/_2$ letniego z objawami choroby Basedow'a: bicie serca (160), wole, wysadzenie gałki ocznej. Choroba trwa od 6 m. Rodzice miewali drgawki, dziecko również miało ten objaw. Choroba Basedow'a zdarza się częstokroć u członków tej sa-

mej rodziny. Lockhart, Gillespie (Brit. m. J. 1898), którzy w szpitalu Donaldson'a widzieli 6 przyp. choroby Basedow'a: 4 przyp. spostrzegali u sióstr głuchoniemych, u rodziców stwierdzono usposobienie nerwowe, przymiotu nie było. Holmes (Phil. med. Journ. 1898) u 4-ga dzieci z jednej rodziny między 4 — 12 r. (1 chł. i 3 dz.) stwierdził chorobę Basedow'a.

Objawy. Choroba rozwija się powoli lub występuje nagle wskutek wzruszenia, przestrachu, upadku. Wkrótce występuje wysadzenie gałek ocznych, co nadaje twarzy wygląd charakterystyczny, bicie serca, a szyja zaczyna grubieć skutkiem wola. Wogóle objawy u dzieci są mniej wyraźne, niż u dorosłych, często też zdarzają się postaci poronne. Obok powyżej wyliczonych objawów występuje drżenie, napady pocenia i biegunki, wypadanie włosów, łuszczenie skóry i t. p. Choroba ma przebieg przewlekły, ze zwolnieniami i nasileniami, zejście może być w wyzdrowienie, to też rokowanie jest lepsze, niż u dorosłych.

Rozpoznanie jest trudne tylko w postaci poronnej, tam, gdzie mamy swoisty zbiór objawów, wahań niema.

Leczenie toż samo co i u dorosłych. Dobre warunki hygieniczne, pobyt w domu zdrowia, natryski zimne lub szkockie, mięsienie, rozcierania suche i t. p. Jacobi zaleca prąd stały, arszenik, atropinę, extr. ergotin., inni wolą chininę (0,4—0,5 grm. wieczorem w 2 dawkach co 20 minut). Lockhart Gillespie z dobrym wynikiem stosował bromek i jodek strontu 3 r. dz. po 0,25—0,5 w ciągu miesiąca z przerwą aż do nasilenia. Rp. strontii bromati 3,75,—jodati 7,5, Spi. cort. aur. 30,0, aquae destill. 120, 3 r. d. łyż. deser. dzieciom 10—15 letnim.

ROZDZIAŁ III.

Choroby oskrzeli i płuc.

A. Nieżyt ostry oskrzeli.

Przyczyny. Nieżyt ostry oskrzeli jest chorobą nader częstą, u dzieci najczęstszą z chorób narządu oddechowego. Nieżyt oskrzeli bywa pierwotny lub wtórny z przeziębienia często po poprzedzającym nieżycie nosa. Wtórnie występuje po lub w czasie odry, krztuśca, duru, grypy, niekiedy po ustąpieniu pryszczycy [1]), co robi wrażenie jakby pryszczyca rozwinęła się w oskrzelach. Do nieżytu oskrzeli usposabiają krzywica, zołzy i gruźlica. Im dziecko jest młodsze, tem łatwiej ulega chorobie, później ustrój staje się odporniejszym. Wpływu zębowania na powstawanie nieżytu oskrzeli nie uznaję.

Anatomia patologiczna. Rzadko bardzo możemy dokonywać oględzin pośmiertnych w ostrym nieżycie oskrzeli. Tam gdzie to się zdarzyło, znajdywano przekrwienie z lekkiem obrzmieniem śluzówki, pokrytej na powierzchni wysiękiem śluzoropnym. Zmiany są powierzchowne, przejściowe, jak we wszystkich sprawach ostrych.

Objawy. Rozróżniamy różne stopnie i postaci choroby. Skutkiem przeziębienia dziecko zaczyna kichać, występuje nieżyt nosa, chrypka, poczem kaszel i ból w piersiach. Tego rodzaju nieżyt tchawico-oskrzelowy przebiega bez gorączki i szybko ustępuje. W chorobie o większem natężeniu występuje gorączka, brak łaknienia i osłabienie, zmuszające do leżenia w łóżku, jest to

[1]) Fakt ten nie powinien nas dziwić, gdyż dermatolodzy pryszczycę uważają za nieżyt skóry. *(Przyp. tłóm.)*.

już nieżyt istotny oskrzeli. Dziecko kaszle bezustannie silniej nocą, niż w dzień, kaszel jest napadowy, krótki i suchy, plwociny wogóle brak, gdyż dzieci przed 7—9 rokiem nie odpluwają jej zupełnie. Mimo to nawet u bardzo małych dzieci po kaszlu następuje wykrztuszanie śluzu, jakby pochodzącego z żołądka i wydalonego przez wymioty. U dzieci starszych plwocina jest początkowo śluzowa, pienista, później gęsta, żółtawa, śluzoropna. Duszność zazwyczaj silna, większa nocą, niż w dzień, ilość oddechów dochodzi do 40—60 na minutę.

Przy opukiwaniu zmian żadnych, natomiast wysłuchujemy rzężenia dźwięczne grubsze i drobniejsze, pierwsze przypominają dźwięk basu, drugie skrzypiec lub pisk ptasi, rzężenia te chrapiące w pierwszym, świszczące w drugim wypadku są rozsiane i wędrują; powstają skutkiem parcia powietrza na śluz oskrzeli, po kaszlu znikają.

Zmiany powyższe znajdujemy głównie z tyłu, to też osłuchiwanie pleców wystarcza dla rozpoznania, pod pachą oraz z przodu zwykle zmian żadnych nie znajdujemy. Jeżeli dziecko źle oddycha, osłuchiwanie jest trudne, lekarz zmęczyć się może i nic nie usłyszy, ale ten wynik ujemny oznacza równocześnie, że nie ma zmian poważniejszych. Przy nasileniu choroby ruchy klatki piersiowej stają się szybsze, a wtedy osłuchiwanie daje zawsze wyniki dodatnie. Obok rzężeń dźwięcznych, rozsianych zwykle i rzadkich wysłuchujemy suche, podobne do tarcia i wilgotne podtrzeszczenia u podstawy płuc; zależnie od natężenia choroby są one mniej lub więcej obfite. Rzężenia chrapiące t. j. dźwięczne i niskie występują niekiedy same i wskazują na obecność przylegającego do wielkich oskrzeli śluzu, stąd nazwa nieżyt chrapiący (bronchite ronflante). Rzężenia świszczące powstają w mniejszych oskrzelach i cechują postać cięższą nieżytu świszczącego. Podtrzeszczenia są oznaką nieżytu wilgotniejszego i uporczywszego, trzeszczącego i bańko-

wego. Nieżyt oskrzeli wystąpić może po jednej stronie, częściej zdarza się jednak obustronny.

Powyższa skala nie jest bezwzględna, najczęściej nieżyt oskrzeli jest mieszany, słyszymy wtedy wszelkie odmiany rzężeń jedne w górnych i środkowych częściach płuca (dźwięczne), inne w dolnych (bańkowe), co wskazuje na to, że śluz płynny ścieka ku dołowi.

Wspominałem już, że niekiedy duszność jest silna, szczególniej wilgotna duszność zdarza się w nieżycie kurczowym po wysypkach.

U 18 m. chłopca z liszajcowatą pryszczycą twarzy i głowy duszność występowała natychmiast po ustąpieniu wysypki zewnętrznej, a po nowej wysypce na skórze ustępowała.

Tętno w nieżycie ostrym jest częste: 120—150, u dzieci jednak nie ma to żadnego znaczenia. Ciepłotę wysoką spotykamy szczególniej przy powikłaniu przekrwieniem płuc (Cadet de Gassicourt). Wspomnę tylko mimochodem o bardzo rzadko zdarzających się drgawkach i bredzeniu wyłącznie u dzieci usposobionych.

Nieżyt ostry oskrzeli wogóle ma przebieg szybki, trwa 3—4 dni, średnio 8—15 dni, niekiedy jednak ciągnie się dłużej ze zwolnieniami i nasileniami oraz nawrotami, rodzi się wtedy obawa, aby nieżyt nie stał się przewlekłym, szczególniej u dzieci osłabionych, krzywiczych, zołzowatych, pryszczycowatych.

Zejście w większości wypadków pomyślne, na uwadze mieć jednak należy prócz zejścia w stan przewlekły i powikłania (nieżyt drobnooskrzelowy, nieżyt płuc), u dzieci osłabionych, z zanikiem lub usposobionych przez odrę, grypę, krztusiec i t. p. choroby ostre. Rokowanie zależy od wieku: im dziecko jest młodsze, tem jest gorsze, od poru roku: gorsze zimą, niż latem. U dzieci kaszlących całą zimę, ciągle ulegających przeziębieniom podejrzewać można dychawicę. Sam przez się nieżyt nie jest chorobą groźną, otwiera jednak wrota chorobom za-

bójczym. Cadet de Gassicourt i ja nie widzieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego z nieżytu ostrego oskrzeli.

Rozpoznanie nieżytu ostrego jest łatwe: kaszel, rzężenia, które równie dobrze czujemy pod ręką jak uchem, wystarczają dla postawienia rozpoznania. Należy jednak przez osłuchiwanie wykluczyć nieżyt gardzieli i tylny nieżyt nosa, w których dzieci również kaszlą. Rozpoznawszy nieżyt oskrzeli, rozpoznać musimy jego pochodzenie na mocy wywiadów i przebiegu, nieżyt bowiem, jak wiemy, może zwiastować odrę, krztusiec, grypę etc., dopomaga nam w rozpoznaniu panująca epidemia. Czas trwania nie zawsze da się przewidzieć, najkrócej trwa według mnie nieżyt grypowy. Pod tym względem jednak liczyć się należy ze stanem ogólnym osobnika (krzywica, zołzy).

Leczenie. Makowiec jest przeciwskazany u dzieci, dzieciom zdrowym dajemy ipekakuanę (0,5 — 1 gr. w 50 grm. wody z cukrem lub syropem), jest to środek czyszczący, usuwający plwocinę połkniętą. Jako środki odciągające stosujemy jodynę, bańki, kataplazmy gorczycowe ($^1/_4$ cz. mąki gorczycznej i $^3/_4$ mąki lnianej) na 5—6 minut. Jako środki uspokajające zalecam syropy tolu. terpini (2—3 łyż. kaw. w naparze fijołków, ziółek pektoralnych lub mleku), dzieciom wyczerpanym dodaję trochę koniaku (5—25 grm.). Przy kaszlu napadowym lub kurczowym belladona, akonit (10—30 kropel trae aconiti).

Przez cały czas choroby dziecko musi pozostawać w pokoju z owiniętemi w watę nogami. Przy silnej gorączce (39) kąpiele ciepłe 36—38^0 C 2—3 r. dziennie.

B. Nieżyt przewlekły oskrzeli.

Pod nazwą nieżyt przewlekły oskrzeli u dzieci opisałem postać (Progr. méd. 1884. Arch. de méd. 1886), różniącą się znacznie od nieżytu z rozedmą płuc u doro-

słych, zarówno co do przyczyn, jak objawów, wreszcie zejścia.

Przyczyny. Zwykły nieżyt przewlekły oskrzeli zdarzyć się może u dzieci wszelkiego wieku jako zejście nieżytu ostrego oraz jako choroba pierwotna, po odrze, krztuścu, rzadziej po durze brzusznym. Często zdarza się u dzieci z uwiądem, karmionych sztucznie, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, u dzieci limfatycznych, zołzowatych oraz pochodzących z rodzin gruźliczych. Bazin, Barth i Cadet de Gassicourt kładą nacisk szczególny na zołzy. Równie często zapadają na tę chorobę dzieci krzywicze.

Anatomia patologiczna. Z chorych moich żaden nie umarł, stąd też zmian anatomicznych opisać nie mogę. Nie wiem więc czy mamy rozszerzenie oskrzeli, zgrubienie śluzówki, owrzodzenie i t. p., jeżeli nawet zmiany te występują, są przejściowe, gdyż dzieci zdrowieją zawsze.

Objawy. Początek choroby zależy od przyczyny. Mamy do czynienia bądź z zejściem nieżytu ostrego, pod wpływem zaniedbania, nędzy, osłabienia wrodzonego lub nabytego, bądź z nieżytem objawowym po chorobach zakaźnych (krztusiec, odra). Dzieci zachowują łaknienie, siły, mogą uczęszczać do szkoły. Gorączki prawie brak, kaszel natomiast i plwocina obfita, szczególniej u dzieci starszych. Przy zejściu nieżytu ostrego w przewlekły występują objawy następujące: duszność nieznaczna, stan ogólny dobry, dziecko nieco blade i wychudłe, kaszel częsty, krótki, suchy lub napadowy, rzadziej krztuścowaty. Napady występują dość często, szczególniej w nocy i przy wstaniu, wzmagają się zimą i w czasie wilgoci. Plwocina jest obfita, gęsta, żółtawa. Przy badaniu klatki piersiowej znajdujemy odgłos opukowy pęcherzykowy niekiedy z odcieniem bębnistym (rozedma), drżenie głosowe normalne i, o ile dziecko nie jest krzywicze, brak zniekształceń klatki piersiowej. Przy wysłuchiwaniu znajdujemy mniej lub więcej obfite rzężenia chrapiące,

świsty i podtrzeszczenia, często wyraźniejsze po jednej stronie, rzężenia w czasie nasilenia wzmagają się, słabną przy rozejściu; ani oddechu oskrzelowego, ani trzeszczeń, ani innych objawów przekrwienia lub stwardnienia płuc nie znajdujemy.

Choroba trwa czas nieokreślony, u niektórych dzieci całe lata (7 l. w świeżo spostrzeganym przezemnie przypadku).

Wogóle w czasie pogody choroba słabnie, wzmaga się zimą. Jedynem niebezpieczeństwem, które grozi choremu jest obawa zaszczepienia na gruncie już przygotowanym gruźlicy, ale spostrzegałem to zaledwie 2 lub 3 razy. To też rokowanie dla życia jest dobre.

Rozpoznanie. Dane fizykalne i kaszel pozwalają postawić rozpoznanie odrazu. Gruźlica płuc odróżnia się przewagą objawów w wierzchołkach, podczas gdy w zwykłym nieżycie objawy znajdujemy głównie u podstawy, oraz szybkiem charłactwem. Dzięki brakowi napadów duszności i kaszlu oraz danych opukowych na mostku i między łopatkami można wykluczyć powiększenie gruczołów oskrzelotchawicowych. Krztusiec cechuje się swoistymi napadami, po krztuścu jednak rozwinąć się może nieżyt przewlekły oskrzeli.

Leczenie. Środki odciągające miejscowe (bańki, jodyna, wezykatorye), dla uspokojenia kaszlu środki łagodzące. Zawsze jednak należy mieć na uwadze stan ogólny i podtrzymywać odżywianie (tran, sp. ferri jod. wody arszenikalne i siarczane) i zalecać pobyt na powietrzu świeżem.

C. Nieżyt rzekomo-błoniasty.

Choroba powyższa wogóle zdarza się rzadko, szczególniej zaś u dzieci, to też poświęcę jej miejsca niewiele.

Przyczyny. Lucas-Championnière (Thèse. Paris 1876) poniżej l. 8 podaje 1 tylko przypadek na 44, a 8 u dzieci od l. 8 — 15. Niekiedy choroba zdarza się u suchotników. Picot i d'Espine opisują 1 przypadek, w którym jednocześnie była rozedma płuc i dychawica. Przyczyn swoistych powstawania choroby nie znamy.

Anatomia patologiczna. Na śluzówce średnich i małych oskrzeli znajdujemy nalot rzekomobłoniasty, tworzący wałki, wypełniające światło oskrzela, rzadziej rurki. Wałki są rozgałęzione i na końcu włosowate. Według badań Grancher'a od nalotu błoniczego różnią się brakiem włóknika, tworzą się z masy gęstej półprzezroczystej, zawierającej b. c. krwi, jednem słowem mucyny. Błony w błonicy są twardsze, gdyż osnową ich jest istota włóknikowo-białkowa i zawierają l. Loeffler'a. Nieżyt rzekomo błoniasty może rozwijać się pod wpływem różnych drobnoustrojów: l. Friedländer'a, paciorkowca (Claisse Soc. de biol. 1896), l. gruźlicy, dwoinki zapalenia płuc i t. p.

Objawy. Nieżyt rzekomobłoniasty jest chorobą przewlekłą, cechującą się kaszlem, dusznością, osłabieniem oddechu pęcherzykowego lub nawet niedodmą na pewnej przestrzeni płuc. Kaszel jest zawsze dźwięczny i występuje napadami. W przypadku, gdy błona oderwie się od oskrzela i jest zawieszona w tchawicy, słyszymy szelest (bruit de drapeau). Podczas kaszlu chorzy wykrztuszają strzępy błon rozgałęzionych, oznaka charakterystyczna. Niekiedy występują krwotoki płucne. Chorzy dość często gorączkują, miewają poty nocne, wkrótce też u takich chorych rozwija się gruźlica płuc. Choroba trwa długo—miesiące i lata, wyzdrowienie jest możliwe, o ile niema powikłań.

Rozpoznanie pewne postawić można tylko wtedy, gdy chory wykrztusza błony rzekome, ale wtedy wykluczyć trzeba błonicę. Ta ostatnia zawsze występuje ostro po objawach w gardzieli i jest chorobą śmiertelną, wyjątek stanowi opisywana przez Cadet de Gassicourt'a błonica

przewlekła, która dzięki swej łagodności zbliża się do nieżytu rzekomo-błoniastego.

Leczenie. Prócz środków ogólnowzmacniających (spus ferri jod., tran, pobyt na południu i na wsi) dajemy ipekakuanę jako środek wykrztuśny, środki balsamiczne: tolu, terpentyna, kubeba w celu ułatwienia oddzielania się błon, należy w tym celu próbować i wód siarczanych.

D. Rozszerzenie oskrzeli.

Rozszerzenie oskrzeli opisał pierwszy Laënnec (1818), który widział je nawet u dzieci 3 letnich, później fakty podobne podają Andral, Cruveilhier, Barth, Rilliet i Barthez. Dr. Sotiroff z Warny, uczeń mój sprawie tej poświęcił pracę oddzielną (1897), Andral rózróżnia rozszerzenie walcowate, workowate i paciorkowate.

Przyczyny. Rozszerzenie oskrzeli u dzieci częściej się zdarza, niż sądzimy, osobiście spostrzegałem je często między 1 — 10 r. życia. Niektórzy uważają je za wrodzone, w większości jednak znacznej przypadków rozszerzenie jest sprawą wtórną i następczą po chorobach oskrzeli i płuc, szczególniej po nieżycie przewlekłym oskrzeli, płuc, po krztuścu, odrze i skutkiem ciał obcych w oskrzelach. Ta ostatnia przyczyna jest najczęstszą, spostrzeżenia w tym kierunku mnożą się w czasach ostatnich, w tych razach rozszerzenie jest jednostronne i ograniczone.

Pochodzenie choroby objaśniano rozmaicie: Laënnec przypisuje rozszerzenie czopowi śluzowemu, który wpuszcza powietrze, ale nie wypuszcza (mechanizm jak w wiatrówce). Andral przypisuje sprawę zmianom ścian w nieżycie przewlekłym, Corrigan widzi przyczynę w stwardnieniu płuc okołooskrzelowem, Cruveilhier ważną pod tym względem rolę przypisuje przyczynie mechanicznej—

kaszlowi. Nie można jednak zapomnieć o zakażeniu oskrzeli, osłabiającą wpływającem na oporność ścian.

Anatomia patologiczna. W przypadku Laënnec'a ($3^1/_2$ letnie dziecko—ksztusiec od 3 mies.) znaleziono dolny zraz lewego płuca przeistoczony w rodzaj gąbki pełnej ropy. Na przekroju znaleziony jamy gładkie, okrągłe, oddzielone cienkiemi ścianami, łączące się z oskrzelami. Każde z tych ostatnich przebiegłszy w płucu 1—2 cm. przestaczało się w worek. Sluzówka cienka, ale nie owrzodzona, chrząstek brak. Naokoło tak zmienionych oskrzeli tkanka płuc zbita, twarda, mięsista. Jest to opis typowy rozszerzenia oskrzeli. W jednem płucu, w jednym jego zrazie znajdujemy na przekroju tkankę twardą z oczkami jak w serze szwajcarskim, jamy nie są równe, wypełnione płynem ropniastym, bez zapachu lub cuchnącym, w którym znajdujemy ciałka ropne, kryształki margaryny, cholestearyny (Biermer), drobn. trupie, l. gnicia, paciorkowce, gronkowce, prawie zaś nigdy nie znajdujemy gruzełków. W płynie cuchnącym znajdujemy l. okrężnicy.

Pod mikroskopem widzimy przeistoczenie ścian oskrzeli w tkankę łączną, zawierającą okrągłe komórki, bujanie tkanki łącznej szerzy się i na tkankę okołooskrzelową; gra tu rolę nieżyt płuc i pociąganie ścian oskrzeli przez kurczącą się tkankę łączną. Jamy płucne nie są ani tak prawidłowe, ani tak małe, ani tak liczne, przeczęte są unaczynionymi i pokrytemi ziarnistością fałdami, na trupie więc odróżnić je łatwo, również odmienny wygląd mają jamy zgorzelinowe, zwykle pojedyńcze, o zarysach nieregularnych, nie łączą się z oskrzelami i cuchną.

Objawy. Początku określić niepodobna, ginie wśród objawów nieżytu przewlekłego, krztuśca, ciał obcych. Po mniej lub więcej wyraźnym okresie tworzenia się rozszerzeń, choroba ma przebieg przewlekły z napadami mniej lub więcej niepokojącymi. Stan ogólny jest dobry

i stoi w sprzeczności z objawami miejscowymi. Dziecko nie ma zadyszki w czasie spokoju, ale w czasie ruchu; po zmęczeniu występuje duszność wyraźna.

Głównie dwa objawy zwracają na siebie uwagę: kaszel uporczywy, napadowy, krztuścowaty, występujący głównie rano z nastrzyknięciem i sinicą twarzy oraz obfita śluzoropna plwocina po kaszlu w olbrzymiej nieraz ilości, głównie rano skutkiem nagromadzenia się w nocy znacznych ilości ropy w jamach. W okresie polepszenia, wykszłuszanie ropy ustaje i sprowadza się do minimum, przy obostrzeniu skutkiem przeziębienia ilość plwociny zwiększa się o tyle, że dzieci wypełniają plwociną spluwaczkę. W przypadku Biermer'a ilość plwociny wyniosła 64 gm. na dobę; krwotoku nie bywa, natomiast niekiedy znajdujemy żyłki krwi.

Plwocina zazwyczaj jest pozbawiona zapachu, niekiedy staje się cuchnącą, a wtedy wystąpić mogą objawy ogólne: gorączka wyniszczająca, wychudzenie, palce pałąkowate i t. p., w wielu przypadkach stwierdzono przerost i sinicę członków palców. Niekiedy znajdujemy zniekształcenie klatki piersiowej, wklęśnięcie na miejscu rozszerzenia oskrzela oraz skrzywienie kręgosłupa, zdarza się to głównie wtedy, gdy rozszerzenie oskrzeli jest następstwem przewlekłego zapalenia opłucny.

Najtypowsze są zmiany fizykalne. W dolnej lub środkowej części płuca znajdujemy lekkie stępienie bez zmian w drżeniu głosowem z obfitemi rzężeniami, oddechem oskrzelowym i bulgotaniem jak w jamach płucnych; po stronie zdrowej zmian żadnych. Objawy powyższe są w sprzeczności ze stanem ogólnym, wogóle dobrym, zasługuje nadto na uwagę umiejscowienie u podstawy lub w części środkowej płuca, a nie u wierzchołka, przewlekły przebieg, wreszcie brak w plwocinie l. Kocha.

Rozszerzenie oskrzeli trwa latami. Mam w leczeniu 13-letnią dziewczynkę, z rozszerzeniem oskrzeli, trwają-

cem już od lat 15, rozszerzenie powstało skutkiem 5-cio miesięcznego zalegania w oskrzelu pestki wiśni. W przebiegu choroby często występują obostrzenia. Dopóki rozszerzenie nie jest powikłane zgorzelą, stan ogólny jest dobry. Sprawa w końcu może się ograniczyć, zawartość rozszerzania stwardnieć, zwapnieć, otorbić się i jako kamień pozostawać w płucach bez szkody. Rokowania na przyszłość należy stawiać zawsze ostrożnie.

Rozpoznanie. Rozszerzenie oskrzeli należy mieć zawsze na uwadze, zbyt często bowiem sądzono dawniej, iż u dzieci zdarza się rzadko. Od nieżytu przewlekłego różni się ograniczonymi objawami fizykalnymi, bulgotaniem, obfitą plwociną; niekiedy rozszerzenia walcowate dają też same objawy, co i nieżyt przewlekły, nastręczają więc trudności rozpoznawcze; od gruźlicy różnią się umiejscowieniem, dobrym stanem ogólnym, od zapalenia międzyzrazowego przebiegiem powolnym, od zgorzeli płuc brakiem objawów ogólnych, wiedzieć też należy, że cuchnienie nie zawsze jest oznaką zgorzeli płuca.

Zdarzają się nieraz przypadki rozpoznawcze: rozszerzenie oskrzeli daje niekiedy oddech oskrzelowy dzbanowy z bulgotaniem, dzięki czemu rozpoznawano jamę lub zapalenie międzyzrazowe, chirurg wtedy napróżno szuka jamy, którą rozpoznano, dzięki tym objawom. Dwa takie przypadki spostrzegałem na swoim oddziale.

Leczenie. Dziecko postawić należy w dobre warunki hygieniczne: powietrze czyste, słońce, dobre pożywienie. Jednocześnie zalecamy wziewania balsamiczne (kreozot, eukaliptus, benzoes), w czasie obostrzeń środki odciągające (jodyna, przyżeganie). Wody siarczane i arszenikalne. Pneumotomia dotąd dała wyniki wątpliwe lub ujemne, wskazana jest w sprawach ograniczonych, gdy stan mimo leczenia wewnętrznego nie ulega poprawie.

E. Nieżyt płuc. Nieżyt oskrzelikowo-płucny.

Nieżyt płuc należy do chorób najczęstszych, najważniejszych i najcięższych u dzieci, różni więc autorzy słusznie poświęcają mu wiele miejsca. Wyodrębniono tę chorobę dopiero przed 60 laty, a na opis jej składało się kilka pokoleń lekarzy, z których wymienię: Gerhardt i Rufz (1834), Joerg (1831), Valleix (1838), Rilliet i Barthez, Fauvel (1840), Legendre i Bailly (1844,) Gairdner (1850), Damaschino (1867), Roger (1870), Babier (1877), Charcot (1877) i Cadet de Gassicourt (1880).

Przyczyny. Choroba zdarzyć się może w każdym wieku u dzieci, głównie jednak u dzieci małych, w wieku późniejszym coraz rzadziej; Henoch stwierdzał ją na zwłokach prawie wszystkich dzieci, zmarłych na jego oddziale. Nieżyt płucne jest chorobą zaraźliwą szczególniej w szpitalach, gdzie nagromadzenie dzieci oraz choroby poprzedzające przygotowują dlań grunt podatny.

U drobnych dzieci choroba wystąpić może pierwotnie pod wpływem przeziębienia, poprzedzą ją niekiedy nieżyt nosa i tchawico - oskrzelowy. Słusznie też zaznacza Cadet de Gassicourt, że niepodobna nieżytu płuc po nieżycie nosa lub tchawicy uważać za wtórny. Postać tę spotykałem w praktyce ambulatoryjnej prawie tak często jak wszystkie inne razem wzięte. Wpływ przeziębienia uważam za niezbity, to też szczególniej zimą należy zwracać pilną uwagę na ubranie i kąpiele u dzieci małych. Nieżyt płuc może być wtórnym, stąd nazwa zapalenie wtórne płuc oznacza zawsze nieżyt płuc.

Do chorób wywołujących najczęściej wtórny nieżyt płuc należy odra, krztusiec, błonica (szczególnie po tracheotomii), grypa, dur brzuszny, uwiąd, krzywica, róża i t. p. Sevèstre obserwował nieżyt płuc po biegunce zakaźnej, a wtedy według Lesage'a rolę czynną odgrywa l. okrężnicy. Kilka przypadków tego rodzaju podaje

Marfan. Na zwłokach dzieci, zmarłych z nieżytu żołądkowo-kiszkowego i zaniku prawie zawsze znajdywałem nieżyt płuc z niedodmą. Źródłem nieżytów płuc jest również gruźlica (Landouzy i Queyrat).

Anatomia patologiczna. Zmiany w nieżycie płuc są bardzo wyraźne i różnorodne, znajdujemy je w oskrzelach, oskrzelikach, pęcherzykach, naczyniach krwionośnych, chłonnych i na opłucny. Zmiany te napozór rozsiane są bez planu, nieprawidłowo, w różnych miejscach, można by więc bez liku tworzyć postaci i umiejscowienia anatomicznie sprawy. Należy jednak zwrócić uwagę, że nicią przewodnią są oskrzela, gdyż bez nieżytu oskrzeli nie byłoby nieżytu płuc. Zwrócilí na to uwagę nasi poprzednicy, nadając sprawie dziś już wyszłą z mody nazwę nieżytu oskrzelikowego. Istotny nieżyt oskrzelikowy, nieżyt duszący Laënnec'a jest tylko postacią przejściową choroby, gdy sprawa rozpoczęta w oskrzelach rozszerzy się na najdrobniejsze oskrzeliki; skoro wtedy sprawa zakończy się śmiercią, brak zupełnie zmian mięższowych, zaznaczę jednak, że brak ich tylko dlatego, iż nie miały czasu rozwinąć się jeszcze; jeszcze dni kilka, a znaleźlibyśmy już zmiany, właściwe nieżytowi płuc. Niemożliwą bowiem jest rzeczą, aby wystąpiły zmiany w oskrzelach bez zmian w pęcherzykach plucnych. Z tego względu opisywać oddzielnie nieżytu oskrzelików i nieżytu płuc nie będę, pierwszy jest tylko okresem w przebiegu choroby lub postacią dodatkową, częściową, ginącą śród postaci głównych, pełnych.

W nieżycie płuc znajdujemy przekrwienie, o którem na zwłokach nie możemy już mieć pojęcia oraz zapalenie, zostawiając ślady widoczne. Przekrwienie jest silne zarówno w oskrzelach, jak i, być może w większym stopniu, w pęcherzykach; naczynia przepełnione są ciałkami krwi i rozszerzone, zwężając skutkiem tego pęcherzyki i powodując upośledzone utlenianie krwi. Przekrwienie dochodzi nieraz aż do krwotoku pod opłuc-

ną lub do miąższu płuc (rzadko), Picot i d'Espine znaleźli ognisko krwotoczne i zakrzep żylny.

W oskrzelach znajdujemy nastrzyknięcie oraz zaczerwienienie śluzówki, która często staje się sinawą, pokrytą śluzoropą, bez krwi, ze złuszczeniem komórek rzęskowych i rozszerzeniem światła. Na przekroju niekiedy śluzoropa wycieka z przeciętych oskrzelików. Oskrzela przednie są względnie zdrowe, głównie znajdujemy w płucach rozedmę i niedodmę, tylne natomiast są w stanie silnego zapalenia, a płuca przekrwione i silnie zajęte.

Pod mikroskopem: nacieczenie śluzówki oskrzeli b. c. krwi, w warstwie mięsnej bujanie komórek zarodkowych, sprowadzające zanik warstwy mięsnej z następczem rozszerzeniem oskrzela. Rozszerzenie oskrzela zrazikowego wytwarza rodzaj dzbana, wypełnionego ropą t. z. ropień oskrzelowy Gairdner'a.

Już okiem gołem na przekroju miąższu płuc znajdujemy małe wysepki o średnicy kilku milimetrów do 3 cm. Blado różowe, odgraniczające się wyraźnie od tła czerwonego, ogniska te są twarde i toną w wodzie: jest to zwątrobienie płuc. W dalszym przebiegu środek tych ognisk staje się szarawym, zwątrobienie czerwone przechodzi w szare. Ogniska te otacza zgrubiała tkanka łączna. Znajdujemy je w ilości rozmaitej w środkowych częściach zraza środkowego i dolnego, rzadziej u wierzchołka.

Przy powiększeniu wyraźnie odróżniamy tkankę łączną zgrubiałą, obejmującą zrazik, na obwodzie zrazika warstwęześledzionowaciałą (Charcot), nazwaną przez Bühl'a zapaleniem złuszczającem lub nabłonkowem, polegającem na przekrwieniu ścian pęcherzyka ze złuszczeniem nabłonka i niewielką ilością b. c. krwi w świetle pęcherzyka. Sprawa ta stoi pośrodku między przekrwieniem a zapaleniem.Ześledzionowacenie rozszerzyć się

może na cały zraz, dzięki zlewaniu się ognisk pojedyńczych—mamy wtedy zapalenie płuc rzekomo-zrazowe.

Pośrodku warstwyześledzionowaciałej oskrzele zrazikowe są otoczone pęcherzykami zwątrobiałymi (wysięk włóknikowy, zawierający komórki nabłonkowe i b. c. krwi). Jest to ognisko okołooskrzelowe Charcot'a. Zmiany są coraz większe im bliżej oskrzeli, co wskazuje na drogę, jaką idzie sprawa zapalna. Zebrane w większej ilości b. ciałka krwi, wypełniając zrazik, mogą tworzyć guziki, podobne do rozmiękłego gruzełka. Niszcząc ściany pęcherzyków płucnych, białe c. krwi powodują połączenie pęcherzyków między sobą, tworzą się skutkiem tego jamy, niekiedy wypełnione ropą — ropnie płuc innemi słowy ziarna żółte, jamy i ropnie są tylko stopniami różnymi ropienia zrazików zwątrobiałych (Barrier, Legendre i Bailly, Rilliet i Barthez, Roger, Damaschino, Cadet de Gassicourt).

Powyżej wyliczyliśmy zmiany główne w nieżycie płuc, pozatem znajdujemy zmiany wtórne, a więc niedodmę płuc czyli stan płodowy, któremu Legendre przypisywał rolę bierną, biorąc część za całość. Płuco wtedy jest podobne do płuca płodu, bezpowietrzne, mięsiste, na przekroju gładkie ciemno-czerwone, tonie w wodzie, ale może być nadęte. Stan ten głównie znajdujemy na tylnych brzegach płuc; pod mikroskopem znajdujemy tu rozszerzenie i przekrwienie naczyń pęcherzyków, spłaszczenie tych ostatnich, zawierających zamiast powietrza nieco cz. c. krwi i komórek, bez wysięku zapalnego. Przyczynę tej sprawy Gairdner objaśnia wytwarzaniem się czopa śluzowego w odnośnem oskrzelu, który jak klapa otwiera się dla wyjścia powietrza, ale nie wpuszcza świeżego. Virchow, przyjmując istnienie czopa, przypuszcza, iż skutkiem zatkania oskrzela, powietrze nie dochodzi i nie wychodzi z pęcherzyka; znajdujące się zaś w pęcherzyku przed zatkaniem powietrze ulega wchłanianiu. Tę ostatnią teoryę przyj-

mują Grancher, Cadet de Gassicourt i in., Roger i Damaschino natomiast przypuszczają, że pierwotną sprawą jest przekrwienie, które wytłacza wtórnie powietrze z pęcherzyka, ale teorya ta, dobra dla przekrwienia płuc, nie objaśnia nam chyba niedodmy.

Prócz niedodmy w różnym stopniu występuje rozedma płuc w okolicy chorych zrazików na brzegach przednim i górnym płuc. Rozedma jest pęcherzykowa, rzadziej śródmiąższowa, nie jest ona bynajmniej zastępczą, jak chcą niemcy, ale wtórną skutkiem duszności, a według Cadet de Gassicourt'a może być stałą.

Zmiany w naczyniach chłonnych i gruczołach są bardzo małe. Na opłucnie znajdujemy w sąsiedztwie sprawy cienkie błony rzekome.

Wszystkie zmiany powyższe znajdujemy często u jednego chorego w tym samym nawet zrazie w różnym stopniu rozwoju: obok zwątrobienia czerwonego, ropienie zrazików, obok przekrwienia—zeŝledzionowacenie, zmiany powyższe nie są zależne od objawów choroby. Stąd też choroby dzielić na okresy pod względem anatomicznym nie możemy.

Mimo to rozróżniamy pewne postaci anatomiczne: postać rozsianą z oddzielnymi zrazikami, z przekrwieniem naokoło, postać rzekomo zrazową (Barrier) skutkiem zlewania się ognisk zwątrobiałych lub zeŝledzionowaciałych, postać ta zbliża się do zapalenia zwykłego płuc, obok jednak zmian w płacie znajdujemy tu i owdzie oddzielne ogniska.

W nieżycie przewlekłym znajdujemy inne zmiany. Legendre i Bailly opisali p. n. stwardnienia mięsnego szczególniejszy stan płuc; tkanka płuc jest twarda, na przekroju gładka, sucha, czerwona z białemi pasmami tkanki łącznej—zapalenie śródmiąższowe. Równocześnie znajdujemy rozszerzenie oskrzeli, zbliżone na pierwszy rzut oka do jam płucnych; najwyraźniej uwydatnia się

stwardnienie naokoło oskrzeli, w pęcherzykach znajdujemy częstokroć ostre kryształki.

Oto w zarysach ogólnych zmiany anatomopatologiczne w nieżycie płuc, do badań jednak płuc ograniczyć się nie można. Zarówno na zwłokach jak i u żywych we krwi, w oskrzelach, w wysięku należy poszukiwać drobnoustrojów, które w pochodzeniu zmian odgrywają rolę ważną.

Nieżyt płuc prawie zawsze jest chorobą wtórną, to też wywołują go różne drobnoustroje, według dobrego wyrażenia Bouchard'a jest to choroba zakaźna nie swoista, której drobnoustroje znajdują się zarówno zewnątrz jak i w naszym ustroju, jako zwykli mieszkańcy.

Najczęściej znajdujemy paciorkowca ropnego w ogniskach rozsianych, w zapaleniu rzekomo zrazowem znajdujemy dwoinkę zapalenia płuc (Mosny). W nieżycie płuc znajdujemy różne drobnoustroje, w zapaleniu płuc zrazowem tylko dwoinki (Netter Arch. de méd. exp. 1892). Darier na 4 przypadki nieżytu płuc po błonicy w 4 przyp. znalazł paciorkowca, z nich zaś w 3 razem z l. błoniczym. (Soc. de biol. 1885). Weichselbaun znajdywał razem lub oddzielnie dwoinkę, paciorkowca, gronkowca, l. płucnego otorbionego (Wien. méd. Jahr, 1886). Mosny przypuszcza, że przyczyną nieżytu rozsianego jest zawsze paciorkowiec, rzekomozrazowego — dwoinka zapalenia płuc, ale Netter powstaje przeciw temu poglądowi, na 42 przypadki bowiem w 25 znajdywał jeden rodzaj drobnoustrojów, w 17 kilka razem. W 10 znajdywał dwoinki, w osmiu paciorkowce, w 5 gronkowce, w 2. l. otorbionego (b. incapsulatus) na 17 mieszanych w 5 znalazł dwoinkę i paciorkowca, w 5 paciorkowce i gronkowce, w 3 paciorkowce i b. incapsul., w 2 dwoinkę; gronkowca 1 paciorkowca w 1 gronkowca i dwoinkę w 1 dwoinkę i l. otorbionego.

Widzimy z powyższego, że dwoinka zap. płuc najczęściej występuje w nieżycie płuc pojedyńczo. Zarówno

u dzieci, jak i u dorosłych niema ścisłego związku między drobnoustrojem a postacią zapalenia, l. otorbiony jednak częściej zdarza się w postaci rzekomozrazowej.

W nieżycie płuc pobłoniczym zawsze znajdujemy paciorkowca, który występuje razem z gronkowcem, dwoinką, l. otorbionym i l. błoniczym.

Wyjątkowo nieżyt płuc zależy od drobnoustroju choroby ogólnej, jest on skutkiem zakażenia wtórnego lub mieszanego. Badania drobnoustrojów chorobotwórczych w jamie ustnej, gardzieli, nosie u osobników zdrowych wskazują na obecność wszystkich drobnoustrojów, które mogą wywołać zapalenie płuc (Netter). Mery i Bouloche, szczepiąc ślinę dzieci zdrowych dowodzą, że w 15% wypadków jest ona jadowitą. Dzięki tym i podobnym badaniom powstała teorya pochodzenia zapalenia płuc z jamy ustno-gardzielowej. Drobnoustroje, nim dostaną się do płuc, przez czas długi przebywają w jamie ustnej; niektóre choroby sprzyjają dostaniu się ich do oskrzeli i wzmagają ich złośliwość (odra, grypa, krztusiec i t p.). Ślina chorych na odrę (Méry i Bouloche) zawiera 29% przyp. dwoinki złośliwe, w 23% złośliwe paciorkowce. To też Netter sądzi, że nieżyt płuc jest częściej samozakażeniem, niż zakażeniem z zewnątrz.

Nietylko jednak nieżyt płuc jest chorobą zakaźną, nawet nieżyt zwykły oskrzeli może być zakaźnym (Marfan), Hutinel i Claisse opisywali posocznicowate postaci nieżytu ostrego bez ognisk w płucach, wytwarzające jady.

Objawy. Zobrazowanie kliniczne nieżytu płuc jest niezmiernie trudne, przebieg bowiem i jego cechy różnią się stosownie do indywidualności chorych i nieprzewidzianych wahań. To też plan, który chcemy do opisu wprowadzić, zawsze będzie sztuczny. Nieżyt płuc nie jest chorobą okresową jak zapalenie płuc, ale jest chorobą z przebiegiem nieprawidłowym, z gwałtownemi nasileniami i pełzającą. Obok zapalenia oskrzeliko-pęcherzy-

kowego dość stałego u wierzchołków grupuje się przekrwienie, nawały pełzające i zmienne. Cadet de Gassicourt uwidocznił rolę tych zjawisk przekrwienia, które wystąpić mogą w każdym okresie choroby, rozwijając się zupełnie nieoczekiwanie i udając nieistniejące zwątrobienie lub też maskując istniejącego.

Rozróżniamy dwa rodzaje wtargnięcia choroby. Choroba zaczyna się ostro, gorączka podnosi się odrazu szybko (40°), tętno 150—200, oddechy 60—80 na minutę z sinicą.

Jest to postać nadostra, nieżyt oskrzelikowy czyli duszący, głównie zdarzający się u dzieci małych, które zabija w ciągu dni kilku. Po takich groźnych objawach przebieg może być łagodniejszy, zbliżony do zwykłego. Występują podniecenie, bredzenie, drgawki, kaszel jest suchy, krótki, częsty, rzadko napadowy, może go jednak braknąć, jak braknie plwociny skutkiem wieku chorych.

Lub też początek jest niewyraźny, choroba zaczyna się zwykłym nieżytem oskrzeli z gorączką umiarkowaną, kaszlem niewielkim i nieznaczną dusznością. Później dopiero występują objawy nawału zawsze z gorączką, przyspieszeniem tętna i oddechu, bladością twarzy i osłabieniem. Po przejściu nawału dziecko ma się lepiej, ale nowe obostrzenie, cięższe od poprzedniego przerywa to polepszenie chwilowe: wargi są sine, serce słabnie, widzimy wciąganie nadpępcza i brzucha. Zwolnienia i nasilenia najczęściej występują w rozsianej postaci nieżytu płuc.

Równocześnie z objawami ogólnymi występują również nieokreślone objawy fizykalne, zazwyczaj po obu stronach, a jeżeli nawet ogniska zapalne skupiają się głównie w jednem płucu, w drugiem znajdujemy liczne rzężenia. Ogniska małe i rzadkie nie dają żadnych objawów swoistych, ale rzężenia, jak w nieżycie oskrzeli, stan jednak ogólny wtedy jest zły, gorączka i duszność świadczą nieżycie płuc. Odgłos opukowy zwykle normalny lub też z odcieniem bębnistym u wierzchołka i w przed-

niej części płuc, a w niektórych miejscach przytłumiony lub nawet stępiony, drżenie głosowe żadnych wskazówek nie daje. W początkach wysłuchujemy rzężenia dźwięczne i bańkowe, rozsiane lub też zlane i gęste w danym odcinku, co wskazuje na ognisko zapalne. Rzężenia są wilgotne, drobnobańkowe jakby trzeszczące lub suche jak tarcie opłucny, towarzyszyć im może podmuch łagodny, lekki, podobny do podmuchu w zapaleniu opłucny lub też oddech oskrzelowy jak w zapaleniu płuc. Podmuch w nieżycie płuc jest często przejściowy, dziś słyszymy go po stronie prawej, jutro po lewej, dziś u wierzchołka, jutro u podstawy lub w części środkowej płuca. Zmienny oddech oskrzelowy świadczy o przekrwieniu, stały o zwątrobieniu płuca.

Między objawami ogólnymi i miejscowymi zachodzić może niestosunkowość, pierwsze mogą być ciężkie, podczas gdy drugie są nieznaczne, należy wtedy przypuszczać, że sprawa rozwija się w głębi płuca i że zmiany nie dosięgły jeszcze powierzchni. Wobec tego przy złym stanie ogólnym i braku rzężeń nie należy wykluczać nieżytu płuc. W przypadku Cadet de Gassicourt'a stępienie i oddech oskrzelowy wystąpiły dopiero na 18 dzień i odwrotnie, jeżeli zmiany są wyraźne przy bardzo dobrym stanie ogólnym przypuszczać należy, że są powierzchowne. W zwykłych przypadkach ostrych objawy powyższe trwają 7—8 dni, poczem następuje wyzdrowienie.

Krzywizna ciepłoty jest nieprawidłowa: wieczorem podnosi się do 39 i 39,5, rano spada do 38 a nawet do 37; u dzieci osłabionych gorączki brak zupełnie. Przełomu zwykle nie bywa; chorzy gorączkować mogą 2—3 tygodni.

W rozsianym nieżycie płuc ognisko zwątrobiałe wobec natężenia sprawy w oskrzelach i przekrwienia niema żadnego znaczenia. To też słyszymy głównie rzężenia, stłumienie, podmuch, świadczące o nieżycie oskrzeli

i przekrwieniu, a główna sprawa dla braku oznak fizykalnych pozostaje nierozpoznaną. Tam, gdzie zwątrobienie występuje na powierzchni, może być rozpoznana za życia, dzięki oznakom fizykalnym (stłumienie, oddech oskrzelowy). Postać rzekomozrazowa daje oznaki na większej przestrzeni i wtedy objawy nieżytu oskrzeli i przekrwienia ustępują na plan drugi.

Postaci kliniczne, których jest ilość znaczna, zależą od połączenia w różnym kierunku trzech pierwiastków: nieżytu oskrzeli, przekrwienia i zwątrobienia. Tam, gdzie przeważa nieżyt oskrzeli mamy postać duszącą, nieżyt oskrzelikowy nadostry, skoro wszystkie 3 pierwiastki połączą się ze sobą, mamy zwykły nieżyt płuc rozsiany, postać nawałową rozróżniamy, gdy przeważa przekrwienie płuc, wreszcie postać rzekomozrazową ostrą lub nadostrą, w której zwątrobienie przeważa nad innymi objawami. Można również opisać postaci mieszane, gdy w jednem płucu przeważa zwątrobienie, w drugiem przekrwienie, w jednem płucu znajdujemy zapalenie rzekomo-zrazowe, w drugiem nieżyt rozsiany płuc, obie te zresztą postaci wystąpić mogą jednocześnie w jednem płucu.

Postać rzekomozrazowa daje stłumienie stałe, rozległe, wyraźniejsze, niż w przekrwieniu z wyraźniejszym oddechem oskrzelowym, może przebiegać ostro i trwać 15 — 20 dni lub piorunująco zabija dziecię w ciągu kilku dni. W przypadku Cadet de Gassicourt'a zapalenie rzekomo-zrazowe zupełnie było podobne do zrazowego (postać mózgowa), były drgawki, tężyczka, objawy mózgowe oraz gorączka nadmierna, (Gaz. méd de Paris 1878).

Postaci podostre nieżytu płuc są zbliżone do szybko przebiegającej gruźlicy, trwają 5 — 6 tygodni z przebiegiem stałym lub też ze zwolnieniami kilkodniowemi.

Postaci przewlekłe klinicznie przebiegają jak zwykłe suchoty, a objawy są tem wiecej zbliżone, że mogą wystąpić rzężenia i objawy jamy skutkiem rozszerzenia

oskrzeli. U 15 m. chłopca nieżyt płuc po ospie trwał 3 miesiące z wychudzeniem, niesztowicami etc., dziecko jednak wyzdrowiało. Takież postaci widzimy po odrze i krztuścu. W postaci przewlekłej, gorączka jest mała, ale duszność wyraźna, to też dzieci biegać nie mogą, odpluwają natomiast ropę i chudną, następstwem może być stwardnienie płuc. Choroba ta główne zdarza się u dorosłych, zaczątki jej jednak mogą wystąpić już u dzieci. Luzet ogłasza przypadek (Soc. anat. 1888), w którym 8-o letnia dziewczynka po krztuścu w 5 r. ż. i odrze w 6 r. ż. miała wszelkie objawy gruźlicy płuc, na sekcyi jednak znaleziono tylko rozszerzenie oskrzeli oraz nieżyt przewlekły płuc.

Rokowanie we wszystkich postaciach nieżytu płuc jest groźne, szczególniej w szpitalu i u dzieci młodszych; rokowanie również jest gorsze, gdy choroba wystąpi w niektórych chorobach zakaźnych (odra, błonica, krzywica, przymiot, uwiąd), lepsze w grypie. W szpitalach rokowanie w nieżycie płuc po krztuścu jest złe (50% śmiertelności). Mimo to wszelkie postaci nieżytu płuc mogą zakończyć się rozejściem, z wyjątkiem, być może, postaci rzekomozrazowej, która często przechodzi w stwardnienie mięsiste. Za dobre oznaki poczytywać należy stałe obniżania się ciepłoty, zmniejszenie duszności, powracającą wesołość, za złe oznaki uważamy ustąpienie kaszlu, bezdech, oddech Cheyne-Stockes'a oraz zapaść. W przypadkach pomyślnych zawsze mieć należy na uwadze następstwa: wychudzenie, charłactwo i niesztowice charłacze.

Rozpoznanie. Przekrwienie w nieżycie zwykłym oskrzeli wywołuje duszność, gorączkę, oraz objawy takież same, jak w nieżycie płuc, rozpoznanie wtedy postawić można dopiero, gdy nastąpi wyzdrowienie. Zapalenie płatowe płuc odróżnia się nagłym początkiem, ograniczeniem sprawy do 1—2 płatów i nagłym przełomem po krótkim, jak u dzieci, przebiegu. Według Lan-

douzy i Queyrat'a wiele t. z. nieżytów płuc są właściwie gruźlicą, rozpoznanie u dzieci małych jest bardzo trudne, później zwrócić należy uwagę na umiejscowienie u wierzchołków, początek choroby, czas trwania, wywiady etc. Zapalenie opłucny może towarzyszyć, a nawet zakryć nieżyt płuc.

Zapobieganie i leczenie. Dzieci z odrą, krztuścem i wogóle chorobami usposabiającemi do nieżytu płuc w czasie niepogody i zimna trzymać należy w pokoju, też same ostrożności zachować należy względem dzieci, które przebyły nieżyt oskrzeli. W szpitalach nieżytowi płuc sprzyja znaczne skupienie dzieci, należy więc stosować w przypadkach odnośnych oddzielanie chorych i środki przeciwgnilne. Nie należy skupiać na jednej sali chorych z odrą i krztuścem, ale dzieci umieszczać po 4 w jednej salce mniejszej. Podłogi i sufity oraz ściany zmywać sublimatem, plwocinę odkażać, jak również przedmioty, które mogły być zakażone, stosujemy jednem słowem jaknajszerzej metodę przeciwgnilną. Dzieci po tracheotomii należy trzymać w wilgotnej, ciepłej i odkażonej atmosferze (karbol), a w chorobach sprzyjających powstawaniu nieżytu płuc ściśle odkażać nos, gardziel i jamę ustną.

Z liczby środków leczniczych wykluczyć należy środki osłabiające: upusty krwi, środki silnie czyszczące, makowiec. Jako środki odciągające zalecamy oględnie wezykatorye, uprzednio posypane kamforą na 2 — 3 godzin, aby nie wywołać rany, natomiast szerokie zastosowanie mają bańki suche, jodyna, gorczyca. W przypadkach ciężkich stosujemy kąpiele ciągłe lub chłodne, szczególniej u małych dzieci (c. 38° C). Henoch zaleca mokre zawijania miejscowe, pokryte watą co godzinę lub 2 godziny. W oziębieniu kończyn stosujemy zawijania w watę i wcierania spirytusu kamforowego. Treuthardt w zapaści zaleca silnie rozcierać dziecko winem gorącem i uciskać klatkę piersiową dla wywołania oddechu, wcie-

rania powtarzać należy co 2 godziny, a po natarciu dziecko zawinąć we flanelę. Niekiedy leczenie to daje wyborne wyniki (R. m. d. la Suisse rom. 1898).

Ze środków wykrztuśnych dajemy emetyk (5 — 10 cntgrm.) lub antim. oxyd. album (0,5—1 grm.). Przy silnych napadach kaszlu i podnieceniu antipiryna (0,1—0,3 grm.). Jednocześnie podajemy spus Tolu, terpini po 10—20 grm. na dzień. Wyskok jako malaga (20—30 grm.), koniak (10—15 grm.), nawet u małych dzieci daje dobre wyniki; siarczan chininy, chlorek lub bromek podajemy w czopkach (0,1—0,2 w 2 grm. masła kakaowego). W postaciach duszących dobrze robią wziewania tlenu, wstrzykiwania podskórne eteru (1/4 szpryczki Prawatz'a 3—4 r. dziennie). Przy osłabieniu serca podajemy naparstnicę (tra digitalis V — VI krop.), zastrzykujemy kofeinę lub sparteinę. Jako pożywienie zalecamy mleko krowie wyjałowione, dzieciom zaś małym ośle. W początkach można stosować wymiotnicę, później środków wymiotnych unikać należy. W końcu wspomnę: że Renault u miesięcznego dziecka w nieżycie duszącym zastosował z dobrym wynikiem wdmuchiwanie powietrza (Progr. méd. 1891).

F. Zapalenie włóknikowe czyli płatowe płuc.

Stosunkowo rzadsze u małych dzieci zapalenie płatowe płuc zdarza się wogóle u dzieci często i jest chorobą łagodniejszą, niż u dorosłych i starców.

Przyczyny. Zapalenie płuc najczęściej zdarza się po 4 lub 5 roku życia, acz Henoch spostrzegał je u 6 m. dziecka, a w nauce znane są przypadki przeniesienia zapalenia płuc z matki na płód i w tym ostatnim razie noworodek zwykle umiera w kilka dni po urodzeniu, (Courtois-Suffit, Paris 1891).

Na 406 przypadków (Rilliet i Barthez) 242 było u dzieci od 2—6 l., 164 — od 7—14 lat. Podczas gdy nieżyt płuc jest prawie zawsze chorobą wtórną, zapalenie płuc jest pierwotnem; za przyczynę najczęstszą słusznie uważają przeziębienie w czasie zmiany pogody, na wiosnę w marcu, kwietniu i maju; pamiętać jednak należy, że zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, czego między innymi dowodzą przypadki endemii w jednej rodzinie lub mieszkaniu [1]). Czynnik chorobotwórczy zapalenia płuc znamy dziś dokładnie, dzięki pracom Thalamon'a, Fraenkla, Weichselbaum'a i in.

W r. 1879 Pasteur w ślinie dziecka znalazł dwoinki, a później Netter znajdywał je niejednokrotnie u ludzi zdrowych. Thalamon pierwszy w Soc. anat. 1883 opisał dwoinkę p. n. coccus lanceolatus, nie zauważył jednak otoczki, później Netter znajdywał dwoinkę nie tylko w płucach, ale w zapaleniu opon, ucha środkowego, opłucny (1887 Arch. de méd). Diplobacillus Friendländer'a nie jest drobnoustrojem swoistym dla zapalenia, ale dla nieżytu płuc.

Zapalenie płuc ulega nawrotom, których na 250 spostrzeżeń naliczyłem 30, nawroty występują po tej samej stronie lub gdzieindziej. Po grypie i durze brzusznym zapalenie płuc występuje wtórnie.

Anatomia patologiczna. Zarówno u dorosłych jak i u dzieci znajdujemy 3 zmiany swoiste w płucach: nawał, zwątrobienie czerwone i szare. Zwątrobienie czerwone polega na wysięku włóknika i b. c. krwi, wysięk ten widzimy okiem gołem w postaci ziarn małych, ziarna u dzieci są mniejsze, niż u dorosłych, gdyż mniejsze są i ich pęcherzyki płucne. Zejście w ropień i zgorzel u dzieci zdarza się bardzo rzadko. Za to bardzo częstem powi-

[1]) Endomię taką opisałem w r. 1890 w Kronice lekarskiej. *(Przyp. tłóm.)*.

kłaniem jest ropne zapalenie; również często zdarza się zapalenie osierdzia, opon mózgowych i rdzeniowych i ucha średniego. Sprawa zdarza się częściej, niż u dorosłych, w wierzchołku, głównie prawym, przeciwnie u podstawy częściej występuje w lewem płucu, może być również po obu stronach jednocześnie.

W wysięku płucnym znajdujemy dwoinkę samą lub w połączeniu z innymi drobnoustrojami, głównie paciorkowcem.

Objawy. Choroba zazwyczaj rozpoczyna się nagle, niekiedy po nieżycie oskrzeli, silnym dreszczem (dreszczami u dzieci małych), wymiotami żółciowemi i biegunką, niekiedy drgawkami. Wymioty występują bardzo często, drgawki zaledwo w 15 przyp. na 250.

Zdarzyć się może ból głowy i krwawienie z nosa, skóra sucha, gorąca, policzki czerwone, niekiedy czerwoność jako wysypka rozlewa się na całe ciało. Dziecko może być podniecone, nie znajduje miejsca w łóżku lub śpiące i wyczerpane. Gorączka dochodzi do 40° — 41° i na tym poziomie trzyma się bez spadku.

Ból w boku zdarza się rzadziej, niż u dorosłych i jest słabszy, szczególniej u małych dzieci; według Cadet de Gassicourt'a zdarza się w połowie przypadków, co stwierdzają i moje spostrzeżenia (120 : 250). Niekiedy dzieci uskarżają się na bóle w brzuchu lub rozsiane wszędzie. Umiejscawiając się niekiedy w dolnej części brzucha po stronie prawej, ból sprawia, iż można go wziąść za napad kolki wyrostkowej (pseudo-appendicitis Massalongo Congr. ital. de Péd. 1901). Kaszel zwykle suchy występuje napadami, u dzieci starszych w plwocinie znajdujemy żyłki krwi skrzepłej.

U małych dzieci nicią przewodnią w rozpoznaniu jest duszność, żywe ruchy skrzydeł nosa, częsty oddech (70—80) i tętno (130—160), stosunek częstości oddechu do tętna (normalnie 1:3:5:4) dochodzi do 1 : 2 (60:120). Choroba często rozpoczyna się wypryskiem na wargach, ta-

ki sam wyprysk u 6 letniej dziewczynki spostrzegałem w okolicy brody, policzka, podbródka; poprzedzał on na 3 dni ból w piersiach, kaszel i oddech oskrzelowy pod prawą pachą. Częściej wyprysk występuje już po wtargnięciu choroby np. na 3-ci dzień choroby. Częstym objawem u dzieci jest senność w ciągu dnia, bezsenność i podniecenie nocą.

Oddech oskrzelowy wysłuchujemy często dopiero w dni kilka od początku choroby, gdy zapalenie jest środkowe, głos oskrzelowy wysłuchujemy niekiedy, toż samo dotyczy objawu Skody w okolicy nadobojczykowej, drżenie głosowe u dzieci nie jest wzmożone. Oddech oskrzelowy jest mniej wyraźny, niż u dorosłych; a rzężenia są grubsze i mniej suche, nadto oddech oskrzelowy znika szybko. Spadek ciepłoty jest nagły i następuje wcześniej: między 6 — 7 dniem. Cadet de Gassicourt widział cały przełom w ciągu 2 godzin, ciepłota z 40,2° spadła do 36,1°, dziecko wpadło w zapaść, ale wyzdrowiało. W okresie tym wystąpić mogą objawy przełomowe (krwawienie z nosa, poty, moczenie obfite), częstokroć występują potówki, znikające przy łuszczeniu obrębowatem. Tętno w czasie zdrowienia jest słabe, małe, wolne, nieregularne i spaść może do 40 na minutę.

Po chorobie dziecko poprawia się szybko, siły wracają niebawem, ale nawroty są częste. Choroba trwa niekiedy tak krótko, że raczej przypuścić należy nawał płuc opisany przez Cadet de Gassicourt'a. W 2 przypadkach tego rodzaju Picot i d'Espine znaleźli jednak dwoinki. D'Espine opisał lekką postać poronnego zapalenia płuc, które trwać może długo i ulegać nawrotom (Kongres w Rzymie 1894). Osobiście spostrzegałem tego rodzaju przypadek u $5^1/_2$ letniego dziecka, u którego lekka postać zapalenia płuc w lewym wierzchołku powtarzała się 3 razy w ciągu miesiąca: 1 i 2 napad trwał po 4 dni, ostatni 5 dni, dziecko wyzdrowiało; w czasie choroby tętno 160, w przerwach 60—70, nieregularne.

Bardzo często w zapaleniu płuc u dzieci występują objawy nerwowe, mamy wtedy t. z. zapalenie płuc mózgowe (Rilliet i Barthez) z przewagą drgawek (postać drgawkowa) lub śpiączki i bredzenia (postać oponowa). Z jednej strony wiek, z drugiej nerwowość dostatecznie objaśniają nam te objawy. Drgawki mogą wystąpić w początku choroby i powtarzać się następnie, są ogólne lub ograniczone: w głowie, oczach, rękach, niekiedy występują naprzemian ze śpiączką. Nie rokują one bynajmniej źle, ale wskazują na usposobienie nerwowe; powtarzanie się drgawek świadczyć może o nawale nowym w okolicy zapalenia lub w innem miejscu.

W postaci oponowej równocześnie z bólem głowy, wymiotami może wystąpić zaparcie stolca, później występuje śpiączka, rozpoznajemy często wtedy zapalenie gruźlicze opon, które zresztą nigdy nie rozpoczyna się tak nagle. Bredzenie jest zazwyczaj łagodne i nie występuje przed 9 rokiem. Zdarzająca się niekiedy postać durowa cechuje się krwawieniem z nosa, gorączką przepuszczającą, zawrotami, ogłupieniem i osłupieniem.

W zapaleniu płuc środkowem brak objawów fizykalnych, to też często postawić możemy rozpoznanie dopiero po kilku dniach. Tordeus opisywał powiększenie wątroby ku końcowi choroby, stwierdziłem to u 3 lub 4 moich chorych, według niego przekrwienie wątroby może sprowadzić w następstwie marskość tego narządu.

Rozpoznanie w zapaleniu środkowem (centralnem) jest trudne, często też w tych razach rozpoznajemy błędnie dur, gorączki wysypkowe i t. p., wahanie trwa jednak krótko, wkrótce bowiem występują objawy fizykalne, które pozwalają rozpoznać zapalenie płuc. Zapalenie opłucny, towarzyszące często zapaleniu płuc lub występujące w następstwie, różni się powolniejszym początkiem, słabszymi objawami ogólnymi, wyraźniejszem stępieniem i brakiem rzężeń, zdarza się jednak, że i w zapaleniu płuc

rozlanem stępienie jest wyraźne i brak zupełnie oddechu, uciec się wtedy należy do przekłucia próbnego.

Początek nagły z drgawkami mógłby świadczyć o drgawkach dziecięcych, gdyby nie gorączka; zapalenie opon nie zaczyna się nagle, a zresztą drgawki w zapaleniu płuc zwykle występują raz tylko.

Przekrwienie płuc trwa krótko (24 — 36 godzin), za to prawdziwe trudności w rozpoznaniu różniczkowem nastręcza nieraz i na zwłokach nieżyt płuc rzekomopłatowy, uciec się wtedy należy do badań bakteryologicznych, gdyż obecność włóknika nie rozstrzyga kwestyi. Nieżyt płuc rozsiany daje bardziej przejściowe objawy, wywołuje słabszą i mniej prawidłową gorączkę. W suchotach płucnych wahania gorączkowe są większe, a nadto ognisko nie jest tak ograniczone ściśle.

Według Griffona i Bezançon'a (Presse méd. 1897) surowica krwi chorych działa aglutynująco na dwoinki, w przypadkach więc wątpliwych mamy nowy środek rozpoznawczy.

Rokowanie. Wyzdrowienie z zapalenia płuc u dzieci jest prawidłem, śmierć—wyjątkiem. Na 212 przypadków Barthez notuje tylko 2 zejścia śmiertelne, Cadet de Gassicourt na 70—1 (po durze), na 250 przypadków własnych w 5 miałem zejście śmiertelne. Zejście to zwykle jest następstwem powikłań (zapalenie opon, ucha, osierdzia, opłucny). Poniżej lat 2 choroba jest groźniejszą, niż później. Zejście w zapalenie przewlekłe jest wyjątkiem. Przy powikłaniu zapalnem opłucny, to ostatnie jest włóknikowo surowicze i może rozejść się równocześnie z zapaleniem płuc, może jednak i trwać dłużej, wtedy jest zwykle ropnem.

Leczenie. Wobec zejścia pomyślnego lepiej trzymać się w leczeniu metody wyczekującej, w zwykłych postaciach dość będzie zwracać uwagę na wypróżnienia (lawatywy, lekkie środki czyszczące), a nadto podawać duże ilości płynów i mleka. Nigdy nie zalecam wezyka-

toryi, uważając je jak i d'Espine w zapaleniu płuc za szkodliwe, natomiast zalecam bańki suche i gorczycę. W postaciach mózgowych, z wysoką gorączką i objawami duru — kąpiele letnie, wycierania, oblewania zimne i kąpiele zimne, nadto małe dawki bromków lub chloralu (0,1). W zapaści—wyskok, naparstnica, eter, kofeina. Innemi słowami do interwencyi czynnej upoważnia nas tylko ostateczna potrzeba.

G. Przekrwienie płuc. Nawał.

Przekrwienie płuc, acz rzadko, występuje samoistnie, odgrywa rolę ważną w większości chorób płuc u dorosłych i u dzieci. Sprawą tą bliżej zajął się Cadet de Gassicourt, Grancher zaś pod nazwą splenopneumonia opisał dłużejtrwałą postać przekrwienia, zbliżoną do zapalenia opłucny. Po środku stoi opisane przez Duflocq'a przekrwienie płuc i opłucny.

Przyczyny. Przekrwienie płuc jest prawie zawsze objawem wtórnym, wikłającym nieżyt płuc, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc i opłucny oraz gruźlicę; bywa jednak i chorobą pierwotną, jako nawał prosty ostry; w tym razie jest następstwem oziębienia spoconego ciała, do rzędu przyczyn zaliczyć wypada gościec, dur brzuszny i in. choroby zakaźne.

Według Cadet de Gassicourt'a nawał płucny zdarza się u dzieci starszych, nigdy poniżej 4 lat, głównie na wiosnę, w maju. Henoch nie uznaje go nawet za chorobę odrębną, ale uważa za zapalenie płuc szczątkowe; pogląd ten zdają się potwierdzać badania bakteryologiczne, które wykryły dwoinkę (Carrière. Presse méd. 1898).

Objawy. Choroba rozpoczyna się gwałtownie wymiotami, dreszczem, bólem w boku, drgawkami, bólem głowy, bredzeniem, dusznością, szybko wzrastającą gorączką (40, 41°). Są to zwiastuny takie, jak w zapaleniu

płuc, ale objawy te wkrótce słabną i po 1, 2—3 dniach ustępują zupełnie. Z oznak przedmiotowych wyliczyć wypada lekkie stłumienie, lekki podmuch i rzężenia drobnopęcherzykowe, kaszel z ciągnącą się plwociną, skoro przekrwienie rozwinie się w środku płuca, oddech jest tylko nieco zaostrzony. Niekiedy zdarzają się kilkakrotne napady z przestankami, gorączka jednak zawsze jest krótkotrwała i spadek jej nagły.

Według Duflocq'a najczęstszem siedliskiem nawału ma być wnęka płuca. W $^1/_3$ przypadków Cadet de Gassicourt stwierdził wyprysk na wargach. Rokowanie jest dobre w postaci pierwotnej, we wtórnych przekrwienie płuc może zakończyć się śmiercią. Splenopneumonia trwa dłużej i ma przebieg, zbliżony do zapalenia opłucny.

Rozpoznanie pierwotnego przekrwienia płuc jest bardzo trudne dla braku oznak patognomonicznych. Piętnem choroby jest jej dobrotliwość i krótkotrwałość, a nawet w przypadkach mniej wątpliwych zawsze mieć trzeba na względzie poronne zapalenie płuc tembardziej, że w obu chorobach znajdujemy dwoinkę. W splenopneumonii błędne rozpoznanie zapalenia opłucny zdarza się często, roztrzyga tylko przekłucie próbne. O objawach przekrwienia płuc w nieżycie płuc, zapaleniu płuc i opłucny omówię na miejscu właściwem.

Leczenie zwykłego przekrwienia płuc jest wyczekujące, w przypadkach dłużejtrwałych stosować można wezykatorye, synapizma, bańki suche i cięte w miejscu bolesności największej. Tam, gdzie przeważa duszność, uciec się należy do ipekakuany i wziewań tlenu.

H. Zapalenie płuc z zatkaniem oskrzeli.

Splenopneumonia.

Między nawałem płuc i zapaleniem—mówi Grancher (Soc. méd. des Hôp. 1883) — obok nieżytu płuc odróżnia-

my stan chorobowy płuc rodzaj zapalenia podostrego, zbliżonego z objawów do wysięku średniej obfitości, który zasługuje na opis specyalny.

Przyczyny. Stan ten zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, brak nam w opisie danych anatomopatologicznych. Kilka spostrzeżeń u dzieci podaje Bourdel (1886) i Brandhendler (1890). Choroba częściej zdarza się u chłopców. Przyczyną przypadkową może być przeziębienie, najczęściej wszakże zdarza się w grypie, gruźlicy, białkomoczu i niekiedy gośćcu ostrym. Sprawa częściej występuje w płucu lewem, niż prawem.

Objawy. Choroba zaczyna się ostrą gorączką, dusznością, kłuciem w boku i kaszlem. Oznaki fizykalne takie same, jak w umiarkowanym wysięku do opłucny: stępienie, zniesienie drżenia głosowego, oddech oskrzelowy, beczenie kozie, mowa piersiowa bezdźwięczna, do tego Queyrat dorzuca zniesienie uderzeń wierzchołka serca, przestrzeń Traube jednak zachowana, wysłuchać w niej natomiast możemy niekiedy drobne trzeszczenia, co przemawia przeciw zapaleniu opłucny. Przy przekłuciu nie otrzymujemy płynu, roztrzygająca to oznaka, o ile przekłucia dokonano umiejętnie. Po kilku dniach objawy cięższe ustępują, oznaki jednak fizykalne trwają 1 — 2 tygodni, postaci podostre trwają nieco dłużej.

Leczenie. Środki odciągające, bańki suche i jodyna.

I. Obrzęk płuc.

Obrzęk płuc powstaje skutkiem przesięku do pęcherzyków płucnych i tkanki śródmiąższowej, nie ma więc celu, jak to robił Legendre, rozróżniania obrzęku pęcherzyków i śródmiąższu. Częstokroć jednocześnie występuje przekrwienie.

Przyczyny obrzęku szukać należy w chorobach serca, ucisku żył płucnych przez gruczoły, zniekształceniu

krzywiczem klatki piersiowej, chorobach oskrzeli i płuc, zbyt szybkiem opróżnieniu wysięku z jamy opłucny, wreszcie w marskości wątroby. Do przyczyn wywołujących zaliczyć wypada ostre wysypki, błonicę, zimnicę, gruźlicę, charłactwo i chorobę Bright'a. Rozlane zapalenie nerek z obrzękami jest najczęstszą przyczyną piorunującego obrzęku płuc. Obrzęk płuc zdarza się głównie u dzieci starszych. Na 17 przypadków (Rilliet i Barthez) 26 było w wieku poniżej 6 lat, 51 powyżej 6, z tych 30 między 6—10 r. życia.

Anatomia patologiczna. Obrzękowi towarzyszy przekrwienie, niedodma, zwątrobienie płuca, które jest ciężkie, wielkie z odciskiem żeber na powierzchni i śladami odcisku palca, nie trzeszczy, ale pływa na powierzchni; z przekroju wypływa obficie płyn różowy, pienisty, mniej lub więcej zabarwiony, zależnie od stopnia zabarwienia.

Objawy bynajmniej nie są charakterystyczne i takie same jak w przekrwieniu płuc. Tam, gdzie obrzęk płuc jest tylko częścią obrzęków ogólnych, znajdujemy stępienie i rozlane rzężenia, znaczenie jednak jego schodzi na plan drugi. W ostrem natomiast zapaleniu nerek (płonica) objawy występują z piorunującą szybkością; raptem występuje duszność śród której dziecko umiera w kilka minut, znajdujemy wtedy przepojenie płuc olbrzymią ilością przesięku.

Rozróżniać należy 2 postaci kliniczne: ostrą rozlaną, wywołującą śmierć z uduszenia oraz podostrą, w przebiegu wielu chorób, nie posiadającą tej grozy, gdyż zejście zależy od choroby zasadniczej. Ponieważ obrzęk płuc objawów swoistych nie daje, należy zatem pilną zwrócić uwagę na okoliczności, [w których wystąpił kaszel, duszność i zamartwica. Skoro np. objawy te wystąpią po płonicy, w białkomoczu i zapaleniu nerek wątpliwości co do rozpoznania nie będzie.

Przytoczę przykład. 9 letnia dziewczynka na moim oddziale w przebiegu suchot płucnych raptem bez go-

rączki, duszności i t. p. zaczyna się dusić, wysłuchujemy u podstawy obu płuc podtrzeszczenia i świsty od góry do dołu, w moczu wielka ilość białka. Po zastosowaniu dyety mlecznej, środków czyszczących i odciągających, znikł obrzęk płuc i białkomocz w ciągu tygodnia. W ten właśnie sposób przebiega klinicznie obrzęk płuc i tak powinien być leczony.

Leczenie. Upust krwi, bańki cięte dają niekiedy dobre wyniki, prócz tego stosujemy bańki suche, synapizma, lawatywy ze środków czyszczących, tlen do wziewań. W każdym nadto przypadku szukać należy przyczyny obrzęku.

J. Wylew krwi do płuc.

Wylew krwi do płuc następuje skutkiem pęknięcia naczyń, poczem następuje nacieczenie krwią płuca lub też ogniska krwotocznego w miąższu.

Przyczyny. Wylew krwi nastąpić może w przebiegu chorób serca wrodzonych lub nabytych, ostrych chorób płuc, wysypkach krwotocznych, plamicy, chorobie Bright'a i uwiądzie.

Anatomia patologiczna. Zmiany są zazwyczaj ograniczone. Tu i owdzie znajdujemy plamy ciemne, prawie czarne, płuco w tych miejscach jest kruche. Rozróżniamy różne stopnie: krew znajdujemy w oskrzelikach i pęcherzykach, rozerwanie tkanek z nacieczeniem krwią, tworzy się ognisko krwawe, które po opróżnieniu daje jamę. Zawały, początkowo czarne, stopniowo zmieniają barwę jak wybroczyny, znajdujemy je głównie na brzegu tylnym na podstawie płuc, częściej na powierzchni, niż w głębi, w jednym płucu lub w obu, najczęściej jednocześnie 2—3 zawałów wyjątkowo do 20 — 30. Dzięki umiejscowieniu na powierzchni powstać może wylew krwi do opłucny. Zawały są następstwem zakrzepów

lub zatorów, te ostainie mogą być zwykłe lub zakaźne.

Objawy nie są wyraźne, zlewają się z objawami choroby zasadniczej. Podejrzewać wylew krwi można, gdy wystąpi nagła duszność, kaszel silny i krwioplucie. Po tych krótkotrwałych objawach występują objawy zapalpalne zawału (oddech oskrzelowy, trzeszczenia, ból w boku) i przed oczyma naszymi rozwija się obraz zapalenia płuc, nieżytu płuc, zapalenia opłucny, zgorzeli płuc; krwotok płucny niekiedy jest bardzo obfity. Najczęściej rozpoznanie stawiamy na zwłokach.

Oto przykłady; 14-letnia dziewczynka po kilkakrotnem wykrztuszeniu krwi umiera prawie nagle, na zwłokach znaleziono płuca czarne, opłucnę przepełnioną krwią. U innej dziewczynki śród obrzęku płoniczego występuje krwotok płucny, — przyczyna wielki wylew krwi do płuc (Rilliet i Barthez).

Rokowanie jest złe, rozpoznanie możliwe tylko u dzieci starszych, które umieją już spluwać.

Leczenie. Środki odciągające, wziewania tlenu, półtorachlorek żelaza (20 kropel w wodzie ocukrzonej), kawałki lodu do łykania, napój łagodzący.

K. Zgorzel płuc.

Przyczyny. Na 34 przypadki Luizy Akins (Zürich 1872) w 17 dzieci miały mniej, niż 6 lat. Zgorzel płuc u dzieci nigdy nie występuje pierwotnie i zdarza się u dzieci (z wyjątkiem ciał obcych) wyniszczonych przez poprzedzające choroby ostre lub przewlekłe. Do zgorzeli płuc usposabia złe żywienie, i mieszkanie, skupienie w szpitalach, poprzedzają zwykle nieżyt lub zapalenie płuc.

Wyjątkowo rozpoczyna się jakby pierwotnie kłóciem w boku lub też po urazie (Rilliet i Barthez). Śród chorób, usposabiających do zgorzeli płuc, pierwsze

miejsce zajmuje odra, która, jak wiemy, wywołuje również raka wodnego. Rzadziej zdarza się zgorzel płuc po innych chorobach zakaźnych (błonica krztusiec, ospa, gnilica, zapalenie płuc, dur brzuszny), na 27 przypadków jednak Rilliet i Barthez w 13 stwierdzili gruźlicę.

Niezależnie jednak od choroby pierwotnej zgorzel płuca zależy od wtargnięcia wprowadzonych z zewnątrz lub oderwanych od ogniska zgorzelinowego na obwodzie czynników zakaźnych, Henoch np. spostrzegał zgorzel płuc po próchnieniu wyrostka skalistego.

Anatomia patologiczna. Zmiany u dzieci są zwykle ograniczone, zrazikowe, głównie bowiem pozostają w ogniskach rozsianych nieżytu płuc. Śród tych ognisk zapalnych znajdujemy małe ropnie, małe jamy, wypełnione zielonkawą, rozpływającą się, cuchnącą zawartością, oczywiście budowa w tym rozpadzie zgorzelinowym zatarta zupełnie. Niekiedy małe jamki podzielone są fałdami, nićmi i zawierają rozpad pęcherzyków, włókna elastyczne i kryształy kwasów tłuszczowych; w sąsiedztwie tych ognisk znajdujemy zwątrobienie, stwardnienie mięsiste, zgorzeli uledz też mogą gruczoły chłonne wnęki.

W przypadku Rilliet'a i Barthez'a zgorzel ograniczała się do lewego oskrzela, głównie zaś ulegają jej zrazy dolne po stronie prawej. Zgorzel może być powierzchowna, rozszerzyć się na opłucnę skutkiem czego może się rozwinąć ropne zapalenie tej ostatniej, otok i odma piersiowa.

Objawy. Przypadki skryte rozpoznajemy dopiero na zwłokach. Objawy ogólne, zwykle ciężkie, nic nie mają w sobie charakterystycznego: bladość ziemista twarzy, wyczerpanie ogólne, gorączka silna, tętno szybkie, język suchy, brak łaknienia, biegunka, wychudzenie i duszność; przy osłuchiwaniu znajdujemy mało mówiące rzężenia śluzowe, jamiste przelewanie, oddech oskrzelowy,

natomiast oddech cuchnący i plwocina cuchnąca ułatwiają rozpoznanie, o ile współcześnie niema zapalenia owrzadzającego jamy ustnej lub raka wodnego. W obfitej plwocinie cuchnącej szarawej znajdujemy rozpad pęcherzyków i ropę, a żebrana w naczynie już wkrótce dzieli się na 3 warstwy (Traube): dolną gęstą i ropną, żółtawą, środkową surowiczą przezroczystą i górną pienistą, zielonkawą. W plwocinie znajdujemy vibrio, leptotrix pulmonalis, beztlenowce, kwasy tłuszczowe, zebrane w ziarna. Krwotoki płucne według Rilliet'a i Barthez'a zdarzają się w 1 na 4 przypadki, kaszel niekiedy ma charakter napadowy, duszność bywa silna, z bólem w boku niekiedy.

Choroba trwa od dni kilku do 2—3 tygodni i prawie zawsze kończy się śmiercią skutkiem wyniszczenia, zakażenia ogólnego, zapaści, o ile nie wywoła jej wcześniej krwotok płucny lub odma piersiowa. Lepsze rokowanie jest w zgorzeli skutkiem ciał obcych. W przypadku zgorzeli wierzchołka po odrze i zapaleniu płuc Rilliet i Barthez spostrzegali wyzdrowienie.

Leczenie. Zalecać należy wziewanie olejku terpentynowego, do wewnątrz syrop terpentynowy, tra eucalypti (1—2 gm.), wcierania z tlenu, rozpylanie karbolu i kreozotu. Jednocześnie dyeta wzmacniająca, chinina, wyskok, proszek mięsny. Otrzymywano niezłe wyniki po pneumotomii.

L. Rozedma płuc.

Rozedma płuc u dzieci zdarza się bardzo rzadko jako cierpienie samoistne, częściej jest wtórnym objawem.

Przyczyny. Duszność, wysiłki nadmierne wdechowe lub wydechowe, często powtarzające się napady wywołują rozszerzenie pęcherzyków niekiedy aż do pęknięcia.

Czynniki powyższe znajdujemy w chorobach oddechowych: dławcu, krztuścu, gruźlicy, zapaleniu opłucny, nieżycie u płuc, dławcu rzekomym i wtedy właśnie może powstać ostra rozedma płuc. Rozedma przewlekła zwykle jest następstwem dychawicy, wogóle rzadko zdarzającej się u dzieci. Rozedma pęcherzykowa lub śródmiąższowa powstać może skutkiem wdmuchiwania powietrza u noworodków, niekiedy równocześnie z odmą podskórną Rozedma ogólna może być następstwem dławca rzekomego (Cadet de Gassicourt) i nieżytu oskrzeli w odrze (Grancher). Zniekształcenie krzywicze klatki piersiowej usposabia do rozedmy. Mechanizm powstawania u dzieci jest prosty, sprawa jest urazową, skutkiem nagłego i szybkiego ciśnienia na pęcherzyki.

Rozedma płuc zastępcza zdarza się np. w nieżycie płuc, gdy jedna część płuca będzie w stanie niedodmy, nie jest to jednak bynajmniej objaw zwykły, gdyż rozedma częściej jest następstwem wysiłków oddechowych w duszności.

Anatomia patologiczna. Płuco rozdęte jest powiększone: ale traci kurczliwość, skutkiem czego nie kurczy się po otwarciu klatki piersiowej. Rozedmę znajdujemy głównie u wierzchołków i brzegach przednich. Skupienie miękie, barwa mniej czerwona, tkanka bezkrwista, pęcherzyki widoczne, powiększone, niekiedy do wielkości łebka szpilki. Rozedma ograniczyć się może do jednego płata lub też zajmuje całe płuco. W rozedmie śródmiąższowej na powierzchni płuc znajdujemy pęcherzyki, pasma przezroczyste, zapadające przy nakłuciu, zależą one od unoszenia opłucny przez powietrze, które dostało się tu skutkiem pęknięcia pecherzyków. Gdy nastąp- rozerwanie opłucny za życia, tworzy się odma piersiowa częściej wszakże powietrze przez śródpiersie dostaje się pod skórę szyi, twarzy, tułowia, kończyn.

Objawy. U dzieci trudno bardzo rozpoznać ostrą rozedmę płuc rozlaną lub ograniczoną. Nie możemy

opierać się ani na odgłosie bębnistym, ani na osłabieniu oddechu, ani na świstach przy wydechu wydłużonym. Objawy rozedmy giną śród objawów nieżytu płuc. Zaledwie w rzadkich przypadkach rozedmy przewlekłej znajdujemy właściwe jej objawy: wypuklenie klatki piersiowej, odgłos bębnisty, świsty, wydech wydłużony duszność i t. p. U tego rodzaju osobników występuje od czasu do czasu dychawica, a w przerwach między napadami znajdujemy nieżyt suchy oskrzeli.

Dwukrotnie spostrzegałem u małych dzieci z podatną klatką piersiową ostrą rozedmę płuc po nieżycie dychawicznym i krztuścu ze zniekształceniem klatki piersiowej i zepchnięciem serca na prawo. Odma skórna cechuje się trzeszczeniem skóry pod palcami. Ostra rozedma płuc co do przebiegu zależy od choroby wywołującej i sprawy zasadniczej nie pogarsza, rokowanie pogarsza się tylko przy odmie podskórnej i piersiowej skutkiem pęknięcia pęcherzyków płucnych. Zwykle też ostra rozedma goi się bez następstw, u krzywiczych jednak i garbatych może stać się przewlekłą, to też, być może, że zaczątków rozedmy u dorosłych szukać należy w latach dziecięcych. Grancher np. u 16-letniego chłopca stwierdził rozedmę, trwającą od 4-go roku życia i powstałą na tle krztuśca 18-miesięcznego. Występowały u niego napady duszności w nocy, przypominające dychawicę i nieżyt oskrzeli.

Leczenie. Przeciw duszności zalecamy bańki suche, wziewania tlenu; arszenik (0,001—0,002) oraz jodek potasu (0,25—0,5 gm.) podajemy tylko w przypadkach przewlekłych, które leczymy nadto wodami siarczanemi.

M. Gruźlica płuc.

Przyczyny. Gruźlica płuc zdarza się nader często u dzieci, zależnie od wieku częstość ta jest rozmaita.

Poniżej 3– 4-miesięcy gruźlica zdarza się wyjątkowo, po 6 m. częściej, a po roku znajdujemy ją na $1/3$ części zwłok w szpitalach dziecięcych. Częstość ta trwa aż do 3—5 lat, później zmniejsza się stopniowo i u dorosłych stanowi $1/5$—$1/6$ zejść. Bardzo często gruźlica jest przypadkowem odkryciem na zwłokach, częściej jednak rozwija się tak samo, jak u dorosłych.

Gruźlica płuc nie jest chorobą, dziedziczną, w przeciwnym bowiem razie znajdywaliśmy ją u płodów, zrodzonych z rodziców gruźliczych, a tego rodzaju przypadki policzyć można na palcach, w większości znacznej powstaje skutkiem zakażenia przez płuca. Zakażenie nastąpić może w rodzinie, a zresztą w mieście wielkiem nie brak źródeł dla niego skutkiem wdechania pyłu, zawierającego l. gruźlicze.

Dostawszy się do dróg oddechowych, laseczniki osiedlają się w pęcherzykach płucnych i tworzą ogniska gruźlicze lub też bez śladu przechodzą przez nabłonek oskrzeli i pęcherzyków, wchodzą do naczyń chłonnych i zatrzymują się w gruczołach oskrzelowych, gdzie rozwijają się, wywołując powstawanie gruzełków zserowacenie, mogą jednak uledz otorbieniu, stwardnieniu, zwapnieniu i stać się nieszkodliwymi dla ustroju. Niekiedy samoistnie lub pod wpływem choroby ostrej (odra, grupa, krztusiec i t. p.) laseczniki nabierają własności złośliwych i przez naczynia krwionośne zakażają różne narządy: płuca, wątrobę, nerki, śledzionę, opony mózgowe i t. p. Najczęściej temu zakażeniu wtórnemu ulegają płuca, aczkolwiek były wrotami, przez które drobnoustrój, nie wywołując zmian na swej drodze, dostał się do ustroju, do gruczołów. Jestem bezwzględnie zdania, że gruźlicza płuc występuje wtórnie u dzieci i w ten właśnie sposób rozumiem teoryę Parrot'a. Nie ulega wątpliwości, że gruczoły śródpiersia są zwierciadłem niejako dla płuc, nie ma bez kwestyi, że wskazują na przejście drobnoustrojów, przez płuca, zmiany w nich jednak są o wiele starsze od prosówki

świeżej w płucach i wskazują skąd zakażenie szło ku płucom.

Zresztą co do sprawy tej mogą być różne poglądy, zaprzeczyć się jednak nie da, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Dziecko nie rodzi się gruźliczem, ale nabywa ją dzięki wziewaniu wysuszonej plwociny, pochodzącej od jego otoczenia, nie dziedziczy l. Kocha, ale usposobienie do niego.

Anatomja patologiczna. Przy wyjmowaniu płuc zazwyczaj napotykamy przeszkodę w postaci zrostów opłucny, głównie umiejscowionych u wierzchołka, co nie przeszkadza, że często płuco może być przyrośnięte na całej przestrzeni. Gruzełki w płucu występują pod 3-ma postaciami:

1. Gruzełki szare, półprzezroczyste, tworzące rodzaj wysypki na powierzchni i na przekrojach; na tle czerwonem lub sinawem znajdujemy ziarna okrągłe, twarde, podobne do prosa. Sprawa ogranicza się do wierzchołków, do jednego płuca lub jednego płata, może umiejscowić się wokoło ogniska serowatego, jamy, wskazując na rozszerzanie się starej sprawy gruźliczej, zwykle jednak bywa rozsianą nie tylko w obu płucach, i innych narządach wewnętrznych. Płuco usiane gruzełkami prosowatymi trzeszczy jeszcze, choć jest przekrwione, a z gruzełków nie można, jak w nieżycie płuc, wycisnąć kropelek. To ostatnie może się zdarzyć zresztą równocześnie z prosówką. Połączenie dwoinki zap. pł., paciorkowca i innych drobnoustrojów z l. Kocha zdarza się często, należy więc na to zwrócić uwagę.

2. Gruzełki żółte, starsze, większe, wielkości główki szpilki, ziarnka gorczycy, grochu znajdujemy w większej lub mniejszej ilości w jednem lub obu płucach, równocześnie z gruzełkami szarymi, choroba bowiem rozwija się wybuchami odzielnymi i w sposób pełzający. Równocześnie rozwinąć się może nieżyt gruźliczy płuc, zwątrobienie zrazików, szare lub żółte masy

serowate, powstałe ze zlania się gruzełków pierwotnych, wreszcie rozmiękczenie mas serowatych i owrzodzenie tkanki zserowaciałej.

3. Jamy płucne, powstałe z rozpadu gruzełków i opróżnienia zawartości do oskrzeli, zdarzają się często u dzieci nie tylko starszych, ale nawet w pierwszych latach życia, poniżej nawet 2 lat. Na 21 niemowląt suchotniczych od 3 m. do 2 lat w 7 przypadkach znalazłem jamy t. j. 1:3. Jamy mogą być pojedyncze lub liczne u wierzchołka, w części środkowej lub u podstawy płuca. Widzimy z tego, że gruźlica owrzadzająca płuc zdarza się wcześnie, a nadto ma przebieg o wiele szybszy, niż u dorosłych. W ciągu kilku miesięcy, a nawet tygodni może już doprowadzić do zserowacenia, rozmiękczenia i wytworzenia jam. Nie należy jednak, jak chciał Bonnet, przypuszczać, że jamy w płucach u kilkumiesięcznych dzieci są dowodem dziedziczności gruźlicy, gdyż słuszniej zaznacza Haushalter fakt zarażenia się 2 m. dziecka od ojca suchotnika (Soc. de Nancy 1897).

Zawsze równocześnie z gruźlicą płuc znajdywałem gruźlicę gruczołów oskrzelowych. W bec jam w płucach orzec, gdzie mieściła się sprawa pierwotnie trudno, ale łatwo tam, gdzie w gruczołach znajdujemy zmiany posunięte daleko, w płucach zaś gruzełki świeże. Na 28 przyp. we wszystkich znalazłem gruźlicę gruczołów, a w 21 tylko gruźlicę płuc, na 40 przyp. zapalenia opon mózgowych we wszystkich znalazłem zmiany w gruczołach bez zmian w plucach lub przy świeżych gruzełkach w płucach.

Po gruczołach najczęściej znajdujemy spółcześnie gruźlicę w płucach, wątrobie i śledzionie (13:21), kiszkach (8:21), nerkach (4), oponach (3), sercu (2) żołądku (3) w $^1/_3$ przypadków znajdywałem równocześnie ze zmianami w płucach owrzodzenia w kiszkach i zmiany w gruczołach krezkowych. Zmiany w żołądku i kiszkach stoją w zależności od zmian w płucach, gdyż dziecko, połykając plwocinę, zakaża drogi trawienne. Gruźlica innych

narządów wątroba, śledziona etc.) rozwija się na drodze naczyń krwionośnych.

Zmiany ograniczone w płucach u dzieci są tak samo wyleczalne, jak u dorosłych, gdyż stwardnienie, zwapnienie i zabliźnienie znajdujemy w gruczołach i płucach w każdym wieku, im jednak dziecko jest młodsze, im zmiany rozleglejsze, tem mniej tu są szanse na wyzdrowienie samoistne, zwykle nie możemy zresztą ocenić sprawy tej należycie, gdyż mamy do czynienia ze zmianami śmiertelnemi. Być może jest więcej dzieci uleczonych, u których rozwinęła się gruźlica.

Objawy. Po okresie wylęgania mniej lub więcej długim, odpowiadającym zakażeniu gruczołów oskrzelowych, pewnego dnia gruczoły zaczynają ulegać rozmiękczeniu, zapaleniu pod wpływem przeziębienia, grypy, odry, krztuśca i zakażają ustrój, a w szczególności płuca. Wtedy występują objawy dość zresztą zmienne.

W mniejszości przypadków dziecko kaszle, chudnie, wpada w charłactwo, występuje gorączka wyniszczająca i w końcu umiera z objawami, cechującymi suchoty przewlekłe t. j. śród wzrastającej duszności, zniekształcenia palców etc.

Przy wysłuchiwaniu znajdujemy rzężenia właściwe nieżytom oskrzeli, niekiedy zaś u wierzchołka oddech oskrzelowy i stępienie. Rzadziej zdarza sią krwioplucie, na które jednak Mantel (Progr. méd. 1887) zwracał uwagę. Krwotok może być skryty, dziecko bowiem połyka krew, a wtedy możemy mieć wymioty lub stolce krwawe. Mantel podaje odnośne przypadki u dzieci od 4—24 m., Geo—N. Acker (Arch. of. Ped. 1898) opisuje przypadki u 2-letniego dziecka, u którego ognisko zserowaciałe spowodowało owrzodzenie żyły płucnej, ten sam autor przytacza rownież przypadek krwotoku śmiertelnego u 3-letniego dziecka; a Ausset (Soc. med. du Nord 1899) u 8-letniego chłopca. W późniejszym wieku krwioplucie zdarza się już często.

Bardzo rzadko jednak gróżlica płuc u dzieci przebiega w sposób tak klasyczny, wyliczymy więc postaci częściej występujące.

1. Postać bezgorączkowa (10:21) u dzieci nawet z głębokiemi i rozprzestrzenionemi zmianami brak gorączki, kaszlu, objawów płucnych, dzieci natomiast chudną, wymiotują i wpadają w charłactwo, przebieg choroby zbliża się do nieżytu kiszek lub uwiądu, na zwłokach jednak znajdujemy suchoty płucne. 2. Postać gorączkowa (12:24) gorączka może być zwalniająca lub stała z objawami nieżytu oskrzeli lub płuc lub też występuje stan durowy z długotrwałą niestrawnością i objawami mózgowymi. Za życia rozpoznajemy wtedy nieżyt płuc, przekrwienie płuc, dur brzuszny, gorączkę żołądkową, zapalenie opon etc.

U dzieci starszych przebieg jest jeszcze różnorodniejszy. Rzadziej zdarza się postać bezgorączkowa, ale zarówno prosówka ostra jak gruźlica miejscowa z jamami nawet przebiegać może bez gorączki; w większości przypadków występuje gorączka wyniszczająca z potami. Wahania ciepłoty wieczornej i rannej są znaczne, dziecko chudnie i wpada w charłactwo i umiera w ciągu paru miesięcy. Niekiedy gruźlica rozpoczyna się zapaleniem płuc, nieżytem płuc, który nie rozchodzi się, ale przechodzi w stan przewlekły i wytwarzają się jamy. W niektórych przypadkach sprawa gruźlicza umiejscawia się głównie na błonach surowiczych: suchoty korowe, zapalenie opłucny, zapalenie opłucno-otrzewnowe, odma piersiowa.

Wszystkie te postaci mogą mieć zejście pomyślne.

Wogóle zaznaczyć wypada, że szczególniej u dzieci małych metody fizykalne dają małe wskazówki, znaczne zmiany bowiem nie dają objawów wysłuchowych, podczas gdy przejściowe dają zmiany niepokojące, można by więc wpaść na złą drogę, gdybyśmy nie brali pod uwagę całokształtu objawów.

Rozpoznanie. Wywiady osobiste i co do wstępnych, twarz blada i wychudzenie dają już pewne wskazówki rozpoznawcze, obecność pod skórą licznych gruczołów twardych (micro-polyadenopatia Legroux) nie ma żadnego znaczenia, natomiast powiększenie śledziony jest cenną oznaką, tembardziej, gdy równocześnie mamy długotrwałe nieokreślone cierpienie narządów trawienia. Weill wskazuje na stałą nadczułość po stronie chorej jako na oznakę gruźlicy.

Dur brzuszny wykluczyć można na zasadzie serodyagnostyki, nieżyt oskrzeli przewlekły oraz rozszerzenie oskrzeli przebiegają przy zupełnie dobrym stanie ogólnym, a w plwocinie nie znajdujemy l. Kocha. Najtrudniej odróżnić nieżyt płuc od gruźlicy. Jeżeli dziecko chudnie przy obfitem pożywieniu i nie gorączkuje, dla rozpoznania zastrzyknąć należy $1/_{10000}$ tuberkuliny, Hutine otrzymywał wtedy żywy odczyn., również badanie stolców na prątki może, w razie ich wykrycia, dostarczyć rozstrzygającego czynnika.

Leczenie przedewszystkiem musi opierać się na hygienie, należy więc dziecko karmić obficie, zalecić leżenie na świeżem powietrzu na wsi lub w sanatoryach. O środkach farmakologicznych wspomnę tylko (kreozot, kreozotal, gwajakol, lecytyna), a przedewszystkiem zalecam tran w wielkich ilościach, o ile dziecko znosi go dobrze.

Im dziecko młodsze, tem mniej polegać należy na leczeniu, a uwagę całą zwrócić na zapobieganie. Zarazek jak wiemy, tkwi w plwocinie, należy więc ją unieszkodliwiać i usuwać dzieci z pod jej wpływu. Dzieci suchotników powinny być usunięte od nich, dziecko, karmione przez mamkę, nie może przebywać w pokoju rodziców, którzy nie powinni pluć na podłogę, ale do spluwaczki wilgotnej, codziennie oczyszczanej wodą wrzącą. Nie należy całować dzieci w usta, nie pozwalać im pić z naczyń tych samych, jeść przy jednym stole. Unikać nale-

ży mieszkań, gdzie przebywa suchotnik, biur, magazynów, poczekalni. Nie należy pozwalać dzieciom na czołganie się po ziemi i ssanie palców brudnych.

Najlepszym jest pobyt na wsi, zdala od większego skupienia, w szkołach należy zaprowadzić nadzór lekarski, oddzielić starannie suchotników nie tylko uczniów, ale i nauczycieli.

Drogim, ale koniecznym środkiem w miastach wielkich jest umieszczanie w szpitalach wszystkich suchotników, o ile zgodzą się na to; dało by to najlepsze wyniki dla chorych i otoczenia, a szczególniej dla dzieci. Wszelkie inne środki zapobiegawcze nie osięgają celu.

Wiedząc, że grypa, odra, krztusiec i inne choroby zakaźne mogą ujawnić gruźlicę utajoną, należy starannie zabezpieczać od nich dzieci, a następstwa tych chorób leczyć starannie na wsi, nad morzem, często bowiem są one pierwszym etapem gruźlicy.

N. Gruźlica gruczołów oskrzelo-tchawicowych.

Pod tą nazwą opisujemy gruźlicę gruczołów śródpiersia suchoty oskrzelowe, sprawami czysto zapalnemi zajmować się nie będziemy.

Przyczyny. Grużlica gruczołów oskrzelowych głównie występuje w pierwszych latach życia, spotykamy ją na zwłokach wszystkich dzieci gruźliczych. Częstość ta nie dziwi nas, gdyż suchoty są bardzo zaraźliwe i udzielają się przez wziewanie, pierwszym wtedy etapem są gruczoły śródpiersia. Laseczník, dostawszy się do płuc przez naczynia chłonne, wkracza do gruczołów i tu osiedla się na dłużej, wywołując powstawanie gruzełków szarych, żółtych, zserowacenie, zwapnienie, stwardnienie i t. p. Ztąd przez naczynia krwionośne dostaje się do innych narządów. Objawów brak, są one zmienne, nie dają więc nam istotnego wyobrażenia o częstości tej choroby. Przed

3 m. życia gruźlica gruczołów zdarza się wyjątkowo, po tym czasie jest bardzo częsta, szczególniej u dzieci rodziców gruźliczych.

Anatomia patologiczna. U dzieci gruźliczych zawsze znajdujemy wielkie, twarde, zserowaciałe gruczoły oskrzelowe, większość z nich ma tylko cierpienienie gruczołów bez zmian w płucach, u wszystkich dzieci zmarłych z zapalenia gruźliczego opon znajdywałem zserowacenie gruczołów śródpiersiowych. Rilliet i Barthez gruźlicę gruczołów bez zmian w płucach znaleźli w 8 przypadkach, Parrot przeciwnie uważa zmiany w gruczołach za odbicie zmian w płucach, w których zawsze równocześnie znajdywał zmiany.

Rozróżniamy co do topografii 3 grupy gruczołów w śródpiersiu (Barety Paris 1875): gruczoły okołotchawicowe, znajdujące się w blizkości żyły czczej górnej, nerwu błędnego i zwrotnego, gruczoły oskrzelowe, w sąsiedztwie splotu płucnego, tętnicy głównej i przełyku oraz gruczoły wnięki, otaczające rozgałęzienia oskrzeli i tętnicy płucnej.

Gołem okiem widzimy przerosłe gruczoły wielkości orzecha, połączone z sobą jak różaniec tkanką łączną, znajdujemy je w śródpiersiu przedniem tuż pod mostkiem lub tylnem nad kręgosłupem, gruczoły są czarne, twarde, na przekroju znajdujemy gruzełki i masy serowate, złogi wapienne, rzadziej jamy, które mogą otwierać się do oskrzeli lub naczyń krwionośnych.

W przypadku Mya (Clin. méd. 1898) śmierć nastąpiła skutkiem opróżnienia się gruczołu do lewego oskrzela i zatkania tego ostatniego, przypuszczano za życia, dzięki duszności, błonicę i dokonano bezskutecznie tracheotomii.

Wogóle znajdujemy w gruczołach wszystkie stopnie i postaci nacieczenia gruźliczego. Narządy, znajdujące się w sąsiedztwie gruczołów (oskrzela, naczynia, nerwy mogą uledz uciskowi i owrzodzeniu, a gruczoły rozmiękłe

mogą opróżniać się do tych narządów, do opłucny, osierdzia i przełyku, mogą być punktem wyjścia odmy piersiowej skutkiem przedziurawienia oskrzela i opłucny, mogą się opróżniać wreszcie do jamy płucnej.

Objawy. Objawy dzielimy na fizykalne i czynnościowe. Wielkie masy gruczołów, wypełniające klatkę piersiową, dają stępienie odgłosu opukowego w górnej części mostka lub między łopatkami. Stłumienia może braknąć, jeżeli część płuca pokryje gruczoły, z drugiej zaś strony jest ono wogóle nieznaczne i wymaga bardzo dokładnego i uważnego badania. Niekiedy skutkiem ucisku na oskrzele wysłuchujemy oddech zaostrzony lub nawet oskrzelowy, przy ucisku zaś większym osłabienie oddechu.

Zmiany te występują nie na całej przestrzeni, ale przeciwnie na miejscu ściśle ograniczonem, co posiada znaczenie rozpoznawcze szczególniej wtedy, gdy wystąpią współcześnie i wyżej podane zmiany opukowe. Oznak powyższych może niekiedy braknąć zupełnie, a nadto prócz tych oznak możemy nie mieć żadnych zgoła objawów innych czyli, że sprawa jest skryta. Ale zdarzają się również przypadki, gdy objawy czynnościowe występują w całej grozie bądź śród zupełnego zdrowia, bądź też w czasie zdrowienia po nieżycie oskrzeli, odrze lub krztuścu. Raptem, występuje napad duszności, jak w dychawicy, kaszel suchy napadowy, krztuścowaty, z sinicą twarzy, trwającą i po przejściu napadu, po którym wystąpić może chrypka lub oddech świszczący.

Kaszel, duszność, zmiana głosu zależą od ucisku n. błędnego i zwrotnego, toż samo da się powiedzieć o występującem niekiedy biciu serca; oddech świszczący, wciąganie nadpępcza, bezdech zależą od ucisku bezpośredniego na tchawicę i oskrzela, sinica i obrzęk twarzy od ucisku żyły czczej górnej. Widząc te napady, nie dziwimy się, że zakończyć się mogą śmiertelnie, rzadkie, ale gorsze napady rodzić mogą gorsze następstwa: przedziu-

rawienie oskrzeli, naczyń, jam surowiczych. Przebieg choroby jest wogóle nieprawidłowy, czas trwania długi, a zejście nie da się przewidzieć, choć możliwe jest wyzdrowienie, gdyż oględziny zwłok przekonywają nas o możliwości przeistoczenia łącznotkankowego lub zwapnienia gruczołów.

Rozpoznanie jest trudne, często oparte na przypuszczeniach. Rilliet i Barthez przytaczają szereg błędów: gruczoły wielkie brano np. za nieistniejącą jamę płucną, przy ucisku zaś gruczołów na oskrzela rozpoznawano olbrzymie wysięki. Cadet de Gassicourt przypisuje wagę olbrzymią napadom z sinicą twarzy i kaszlem krztuścowym — są to w istocie bardzo cenne oznaki. W przypadkach wątpliwych obecność na szyi gruczołów powiększonych rodzi przypuszczenie, że są one ciągiem dalszym gruczołów w śródpiersiu, niezależnie jednak od tego należy badać i gruczoły pod pachą oraz pachwinowe i krew, by wykluczyć białaczkę. Na zasadzie przebiegu wykluczyć można dychawicę, krztusiec, dławca rzekomego i kurcz głośni. Niekiedy wyborne wskazówki rozpoznawcze dają nam promienie X.

E. Schmidt (The Lancet 1875), Audry (Paris 1900), Brudziński (Bull. méd. 1900) opisali oznakę wczesną, nazwaną oznaką E. Schmidt'a: dziecko przy głowie w tył odwróconej, wyprostowane, leży poziomo i patrzy w sufit, wtedy, stawiając słuchawkę w górnej części mostka, słyszymy szmer żylny, zależny od ucisku gruczołów, przy obniżaniu brody następuje osłabienie szmeru, przy podnoszeniu zaś głowy stopniowe występowanie szmeru żylnego.

Leczenie na nieszczęście jest bardzo chwiejne, leczenie miejscowe nie daje prawie żadnych wyników (pęzlowanie jodem, wezykatorye), lepiej działają ogólne środki wzmacniające (morze, tran, jodek żelaza, jodek potasu). D'Espine i Picot opisują dobre wyniki w 2 przypadkach po pobycie w Cannes (bardzo być może, że morze Śród-

ziemne działa lepiej, niż północne w sprawach gruźliczych). Zalecać również należy wody arszenikalne (Bourboule).

W dodatku do tego opisu zajmę się krótkim przeglądem innych cierpień gruczołów u dzieci, aczkolwiek nie stoją one w związku bezpośrednim z gruźlicą płuc i zwykle są tylko gruźlicą miejscową, zewnętrzną, chirurgiczną.

Gruźlica gruczołów podskórnych (dymienica gruźlicza). Zołzy.

Dzięki odkryciom Villemin'a i Kocha, wiemy już, że większość t. z. gruczołów zołzowych w gruncie rzeczy są gruźlicze. Zołzy szyi, pozostawiające ślady niestarte, te różańce gruczołowe, które bądź ropieją, bądź też znikają po pewnym czasie bez śladu, prawdopodobnie są również gruźlicze. Nie należy myśleć jednak, iż wszystkie gruczoły powiększone na szyi, ulegające nawet ropieniu, są zawsze gruźlicze, niektóre są wynikiem zołzów, inne próchnienia zębów, pryszczycy głowy, wszawicy, zakażeń gardzieli (gorączka gruczołowa). Dla odróżnienia należy koniecznie dokonywać badań nietylko klinicznych, ale i bakteryologicznych oraz mikroskopowych.

Badania tego rodzaju, dokonywane niezliczoną ilość razy, dowiodły, że obok cierpień gruźliczych gruczołów zdarzają się i przypadki niegruźlicze — zołzy.

Przyczyny. Powiększenie gruczołów chłonnych zewnętrznych wystąpić może u dzieci rozmaitego wieku, nawet u dzieci przy piersi, wogóle u osobników delikatnych, limfatycznych, obciążonych dziedzicznie. Zdarza się jednak, że zolzy występują u osobników silnych i zdrowych, a przyczyna bezpośrednia i najbliższa zupełnie nie może być odkrytą, nie możemy znaleźć drogi, którędy drobnoustrój mógł wtargnąć do gruczołów. O ile dotyczy to

gruczołów tchawico-oskrzelowych wiemy, że może to nastąpić przez nietknięte płuca, o ile zaś gruczołów kiszkowych przez kiszki. Dla gruczołów podskórnych wrót wtargnięcia drobnoustroju szukać należy na najbliższych powłokach i śluzówkach, znajdujemy też je niekiedy (pryszczyca, zapalenie ucha, nieżyt nosa, migdałów, powiek i łącznicy), często jednak przy najstaranniejszem badaniu nic nie znajdujemy.

U dwuletniego dziecka wystąpił naprzód liszajec głowy, wkrótce na szyi znalazłem po obu stronach łańcuch gruczołów, powiększonych na szyi, dziecko zmarło wkrótce z gruźlicy płuc. W innych wypadkach przypuścić należy zakażenie drogą naczyń krwionośnych, a gruźlicę na szyi uważać za wynik zakażenia pośredniego z dróg oddechowych (pierwotna gruźlica gruczołów oskrzelowych — wtórna gruczołów szyi).

Wogóle zwracać należy uwagę na zakażenie i uszkodzenia w sąsiedztwie, poprzedzające wystąpienie powiększonych gruczołów na szyi. Cornet (XIII Kongr. Tow. chir. niem. 1889), zakażając śluzówkę łącznicy, nosa, warg u psów plwociną gruźliczą otrzymał zserowacenie gruczołów szyjnych bez zmian na odnośnej śluzówce.

Anatomia patologiczna. Gruczoły są znacznie powiększone, okrągłe, wielkości orzecha, na przekroju jasno żółte lub szare, niektóre mogą dojść znacznej wielkości, są wtedy miękkie, serowate, po przecięciu wypływa zawartość śmietanowata lub ropiasta. Znajdujemy też gruczoły zwapniałe. Skoro gruczoły ulegną zropieniu, sprawa ta przejść może i na otaczającą tkankę łączną, tworząc ropnie zimne. Zmiany powyższe znajdujemy w gruczołach mostko-sutkowych, podżuchwowych, podobojczykowych, pachowych i t. p.

Sanchez Toledo, badając gruźlicę gruczołów pachowych, dowiódł związku jej z gruźlicą płuc i opłucny, wzmiankowane cierpienie może być następstwem gruźlicyr guczołów oskrzelowych nadobojczykowych lub szyj-

nych, może przejść na opłucnę i płuca za pośrednictwem gruczołów i naczyń chłonnych międzyżebrowych.

Objawy. Cierpienie rozpoczyna się zwykle niepostrzeżenie, znajdujemy przypadkowo powiększenie gruczołów, które występuje pojedyńczo np. w kącie żuchwy lub pod podbródkiem w jamie nadobojczykowej lub pachowej lub też w znacznej ilości odrazu po obu stronach szyi, są one wtedy twarde i przesuwają się pod palcami. Niekiedy tworzą się istne guzy na szyi, twarde, zbliżone do gruczolaków -- mamy wtedy gruźlicę pierwotną gruczołów.

Przy dalszym rozwoju choroby po stwardnieniu występuje rozmiękczenie gruczołów, które miękną, stają się bolesne, skóra nad nimi przyrasta i sinieje, wkrótce czujemy w nich chełbotanie, rozwija się bowiem ropień gruźliczy. Ropnie pękają same lub też otwiera je nóż chirurga, w tym ostatnim wypadku goją się dobrze i nie pozostawiają zwykle po sobie blizn zniekształcających, w pierwszym zaś razie tworzy się owrzodzenie z dnem, z którego powoli wydzielają się masy serowate, zabliźnienie jest wtedy nieprawidłowe i niekształtne; rozwinąć się nawet mogą bliznowce bolesne lub bezbolesne. Wogóle cechą gruźlicy gruczołów jest rozwój powolny, prze bieg drętwy, blizny niekształtne i słaba wogóle tendencya do gojenia. Zwrócić jednak należy uwagę, że w przebiegu tym może wystąpić gruźlica trzewiów z punktem wyjścia z gruczołów, gruźlica bowiem miejscowa jest źródłem laseczników zawsze podejrzanem. Gdyby nie to, rokowanie w gruźlicy gruczołów było by dobre, gdyż życiu nie grozi z tej strony żadne niebezpieczeństwo.

Rozpoznanie. Mając obrzmienie przewlekłe gruczołów, starannie należy badać przyczyny; gdy w okolicy najbliższej znajdujemy choroby skóry (pryszczyca, liszajec) lub śluzówek możemy przypuścić zapalenie zwykłe lub zołzy z pewnem zastrzeżeniem, gdyż zawsze osiedlić się tu mogą l. gruźlicze. Rozstrzygnięcia ostatecznego

oczekiwać możemy od badań mikroskopowych i szczepień. Zaznaczyć należy, że wszawica głowy wywołuje zapalenie niegruźlicze gruczołów szyi po obu stronach.

Pod nazwą micropolyadénopathie Legroux opisał małe gruczołki szyjne, pachowe, pachwinowe, twarde, bezbolesne, pod palcem przesuwalne, występujące w pierwszych latach. Wskazują one według niego na gruźlicę ukrytą, nawet gdy dzieci są zupełnie zdrowe. Hutinel, Mirinescu, Lesage i Pascal w niektórych tego rodzaju przypadkach znaleźli złośliwe l. gruźlicze. Potier (1894) jednak przeczy temu, w wielu bowiem przypadkach nie stwierdził ani gruźlicy miejscowej, ani ogólnej. Może być ona objawem charłactwa, nietylko gruźliczego, ale przymiotowego, niestrawności, odry powikłanej nieżytem pluc etc. Wobec tego znaczenie sprawy było przecenione i osobiście zgadzam się na pogląd Potier'a.

W pewnych latach życia zdarza się choroba gruczołów, zwana gorączką gruczołową, cechująca się nagłem powiększeniem gruczołów podżuchwowych lub szyjnych z gorączką, brakiem łaknienia etc. Sprawa ta nic nie ma wspólnego z gruźlicą i zależy od wtargnięcia drobnoustrojów chorobotwórczych z gardzieli.

Leczenie gruźlicy gruczołów jest sprawą niezmiernie ważną, chirurdzy niszczą gruczoły ogniem i żelazem oraz środkami przeciwgnilnymi. Zwykłe cięcie ogniska rozmiękłego nie wystarcza, o ile nie dokonamy skrobania lub przyżegania, jeszcze racyonalniej było by wyciąć gruczoły. Niekiedy jest wskazane zniszczenie gruczołów nacieczonych termo lub galwanokauterem.

Verneuil (Revue de chir. 1885) radził stosować wstrzykiwania śródmiąższowe z eteru z jodoformem co 15 dni, są one bolesne i wywołują niekiedy żywy odczyn zapalny, lepiej znoszą chorzy zastrzykiwania waseliny płynnej z jodoformem. (Morel-Lavallée), Bouchard w tym celu radzi naftol, który stosuje na zimno (naphtolβ 5,0, alcohol 90°55 aqu. destil. od 100,0 grm.). Metoda stwardnia-

jąca Lannelongue'a (zastrzykiwania chlorku cynku ($^1/_{20}$—$^1/_{40}$) działa lepiej.

Równocześnie z zabiegami miejscowymi, stosować należy środki wzmacniające: tran, syrup. jodotannicus, szczawy słone, Bourboule, pobyt nad morzem. W gruźlicy gruczołów szyi należy wypróbować wszystkich metod, nim uciekniemy się do noża.

O. Bąblowiec płuc.

Pęcherze bąblowca u dzieci zdarzają się w płucach bardzo rzadko, odnośne jednak przypadki podają Davaine, Trousseau, Roger, Barthez.

W początkach aż do chwili, gdy występują objawy wysięku opłucny objawy niewyraźne. Zazwyczaj stawiamy to ostatnie rozpoznanie, nim po dokonanem przekłuciu otrzymamy płyn przezroczysty, zawierający haczyki bąblowca. Z powikłań zaznaczyć należy pęknięcie bąblowca do oskrzela, wywołujące krwotok płucny i wykrztuszanie pęcherzy bąblowca. Pęcherze pękają niekiedy przez przeponę do brzucha lub nazewnątrz przez przestrzeń międzyżebrową. Najczęściej bąblowiec osiedla się w płucu prawem.

Rozpoznanie bąblowca płuc jest bardzo trudne, zwykle rozpoznajemy gruźlicę płuc lub wysięk opłucny, ale powolny przebieg, zniekształcenie kuliste klatki piersiowej, kaszel napadowy z wykrztuszaniem błon, wreszcie przekłucie próbne pozwalają na postawienie rozpoznania. Bąblowiec wątroby odróżnić można przy starannem badaniu, acz może występować równocześnie w obu narządach, jak to spostrzegałem u 13 letniej dziewczynki, zmarłej z uduszenia na moim oddziale i jak to widział Betham Robinson (Clin. Soc. 1899).

Leczenie czysto chirurgiczne: po przekłuciu próbnem wypompowanie zawartości pęcherza i zastrzyknięcie

płynu Van Swieten'a. W razie gorączki cięcie szerokie i przesączkowanie.

ROZDZIAŁ IV.

Choroby opłucny.

Choroby opłucny u dzieci, acz mniej różnorodne, niż u dorosłych, są nie mniej ważne, nie spotykamy np. u dzieci raka opłucny, ani zapaleń krwotocznych, ale zapalenie surowiczo włóknikowe i ropne oraz odma piersiowa zdarzają się często, temi więc chorobami zajmę się tutaj.

A. Zapalenie surowiczo-włóknikowe opłucny.

Przyczyny. Choroba zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, rzadziej u dzieci małych, niż większych, mimo to spostrzegano ją nawet u niemowląt (Henoch 5 przyp. w 9 miesiącu) i noworodków (Hervieux), najczęściej spotykamy je po roku 2-gim życia, ale i wtedy rzadziej, niż inne choroby dróg oddechowych. Na 345 przypadków zapalenia pierwotnego opłucny Rilliet i Barthez naliczyli 199 chłopców i 146 dziewcząt, 101 dzieci miało 2—5 l., 111 od 6—10 i 129 od 11—15 lat. Przeziębienie odgrywa tu rolę pierwszorzędną, niekiedy działa uraz, najczęściej przyczyną jest gościec, w braku tych przyczyn należy przypuszczać gruźlicę.

Na 52 przyp. zapalenia wtórnego Rilliet i Barthez 28 przypadków widzieli między 2—5 r., 12—6—10 l., 12 od 11—15. Przyczyną tych zapaleń wtórnych są choroby płuc (zapalenie lub nieżyt płuc, suchoty). W chorobach

tych opłucna bierze udział nieznaczny, sprowadzający się do lekkiego wysięku na powierzchni (zapalenie suche) lub też występuje wysięk obfity, maskujący chorobę pierwotną. Nazwy splenopneumonia, metapneumonia oznaczają różny udział opłucny w tych sprawach. Po za zapaleniem płuc zapalenie wtórne opłucny wywołać może płonica, odra, dur, choroba Bright'a a przedewszystkiem ostry gościec stawowy, w tym ostatnim razie zapalenie jest obustronne i często współczesne z zapaleniem osierdzia.

Anatomia patologiczna. Na 321 przypadków zapalenia opłucny Rilliet i Barthez 166 znaleźli po stronie lewej, i 155 po stronie prawej, 22 zaś po obu stronach, według Cadet de Gassicourt'a na 4 przypadki zwykłego zapalenia opłucny 3 będą po stronie lewej, 1 po prawej. W początkach choroby na opłucnie znajdujemy przekrwienie z wynaczynieniem punkcikowatem, wkrótce występują t. z. błony rzekome, złożone ze złogów włóknika, a nie co później wysięk cytrynowy z pływającymi strzępkami włóknika; ilość wysięku waha się od kilku gramów do 1—2 i więcej litrów. Wysięk ten może być wolny lub też przedzielony zrostami, otorbiony u wierzchołka u podstawy (zap. przeponowe) lub między płatami (międzypłatowy). Przy oziębieniu wysięk krzepnie, strącają go również kwasy, gdyż zawiera dużo białka. Po pewnym czasie wysięk uledz może wessaniu, a wtedy błony rzekome powodują zrosty obu listków opłucny. Bezpośrednio pod wysiękiem płuco zdrowe jest w stanie niedodmy, spłaszczone ku tyłowi, natomiast płuco zwątrobiałe i gruźlicze, a nawet przekrwione może pływać w płynie, wywierać ucisk na płyn we wszystkich kierunkach lub więcej w jednym: ku górze lub ku dołowi.

W zapaleniu lewostronnem wysięk spycha serce ku stronie prawej, a śledzionę ku dołowi, w prawostronnem— wątrobę ku dołowi, śródpiersie zaś w stronę przeciwległą wysiękowi. Po wessaniu wysięku może nastąpić

zniekształcenie klatki piersiowej, zapadnięcie po stronie wysięku z bocznem skrzywieniem kręgosłupa.

Objawy. Choroba rozpoczynać się może ostro (dreszcze, kłucie w boku, brzuchu lub lędźwiach, wymioty, drgawki), ale u drobnych dzieci na objawy te liczyć nie można, gdyż zapalenie opłucny przebiega u nich zwykle skrycie.

Przy oględzinach klatki piersiowej widzimy osłabienie ruchów po stronie zapalenia, unieruchomienie przestrzeni międzyżebrowych, wypuklenie klatki piersiowej ku przodowi (Rivet), wreszcie wymiary zwiększone; obmacywanie daje zwykle wyniki ujemne, gdyż dziecko nie chce mówić lub liczyć głośno, bo też osłabienie drżenia głosowego stwierdzić możemy wypadkowo. Przy opukiwaniu lekkiem znajdujemy na całej przestrzeni wysięku stłumienie, a pod obojczykiem objaw Skody. Przy osłuchiwaniu niekiedy w początkach znajdujemy tarcie, wyraźniejsze ku końcowi choroby, jest ono łagodne, podobne do trzeszczenia lub twarde jak chrzęst skóry, niekiedy tarcie wyczuć można pod ręką. Po za tem słyszymy powierzchowny oddech oskrzelowy z beczeniem w czasie mowy lub krzyku; przy bardzo obfitym wysięku oddech jest zmieniony, a przy cichej mowie słyszymy głos piersiowy bezdźwięczny. Przy jednoczesnym nieżycie oskrzeli rzężenia wzmagać się mogą do tego stopnia, iż słyszymy bulgotanie; te rzekomo jamowe objamy doskonale opisali Rilliet i Barthez.

Dzieci starsze leżą na boku chorym, dzieci przy piersi ssą pierś po stronie przewlekłej, kaszlu i plwociny brak, natomiast duszność jest wybitna, szczególniej przy współczesnem zapaleniu płuc. Gorączka przez cały czas umiarkowana, rzadko dochodzi do 40°, tętno 110—140, przy dłużej trwałej wysokiej gorączce należy przypuszczać powikłanie. Łaknienie złe, pragnienie za to silne.

Choroba przebiega szybciej, niż u dorosłych, wyzdrowienie samoistne zdarza się często, przebieg zresztą zależy od stanu poprzedniego, u dzieci gruźliczych i charłaczych choroba przebiega powolnie i skrycie. Zapalenie o przebiegu przewlekłym nawet surowicze rodzi przypuszczenie gruźlicy, zazwyczaj jednak długotrwałe zapalenie opłucny staje się ropnem.

Zapalenie ostre wikłać się może zapaleniem osierdzia i nerek. Wysięk w zapaleniu płuc jest suchy i ograniczony, po wyzdrowieniu jednak z zapalenia płuc rozwinąć się może obfity wysięk. Zapalenie opłucny trwa przeciętnie 3 tygodnie, zapalenie na tle gośćca krócej: około 2 tygodni, zapalenie gruźlicze kilka miesięcy, jest zatem raczej przewlekłe.

Rozpoznanie. Suche zapalenie opłucny rozpoznajemy dzięki powierzchownemu szmerowi tarcia w czasie wdechu i wydechu, podobnemu do trzeszczeń w zapaleniu lub przekrwieniu płuc, które jednak odróżnia się krótkotrwałością; zapalenie zaś płuc gwałtowniejszymi objawami, wysoką gorączką, mniejszem stępieniem, wyraźniejszym oddechem oskrzelowym. Nie zawsze jednak oznaki te wystarczają; od zapalenia płuc z zatkaniem oskrzeli (splenopneumonia) wysięk opłucny odróżniamy jedynie po przekłuciu próbnem. Badając wysięk pod mikroskopem, możemy nieraz określić rodzaj zapalenia: wysięk gruźliczy zawiera komórki jednojądrowe i leukocyty, zwykle komórki wielojądrowe.

Ropne zapalenie opłucny odróżnia się cięższym przebiegiem, potami, obrzękiem miejscowym, w razie wątpliwości rozstrzyga przekłucie próbne.

Leczenie. W początku choroby przy silnem kłuciu w boku bańki cięte, wezykatorye na kilka godzin, w zaparciu stolca lawatywy lub środki czyszczące, dla wzmożenia moczenia oxymel scyllae (1—3 ł. kaw.), dyeta mleczna.

Jeżeli wysięk trwa po przejściu gorączki, dokonać trzeba przekłucia, nie opróżniając jednak nigdy jamy opłucny doszczętnie, choć objawy osłabienia serca występują u dzieci rzadziej. Przy zachowaniu czystości niema co obawiać się przejścia w ropienie. W uporczywych przypadkach wstrzykujemy wodę z naftolem, $1/_{4000}$ roztwór sublimatu lub 5% chlorek cynku.

B. Puchlina opłucny.

Puchlina różni się od zapalenia opłucny brakiem odczynu zapalnego.

Przyczyny. Puchlina opłucny nigdy nie występuje pierwotnie, jest to cierpienie wtórne w chorobie Bright'a, równocześnie występujące z obrzękami ogólnymi, w niedomodze serca, płonicy, guzach śródpiersia, być może w ostrej gruźlicy. Spotykamy ją w każdym wieku, głównie jednak u dzieci starszych.

Anatomia patologiczna. Przesięk jest czysty, surowiczy, nie zawiera strzępów włóknika, nigdy nie występując w większej niż 1 litr ilości, zwykle po obu stronach; jednostronna puchlina należy do wyjątków. Na powierzchni opłucny nie znajdujemy zmian żadnych, jest ona gładka, jakby wymyta. O ile nie ma zrostów płyn zbiera się w miejscach najniżej położonych, w przeciwnym razie przepełnia komory i tworzy rodzaj trzęsącej się galarety.

Objawy. Puchlina opłucny przebiega zwykle skrycie, daje się rozpoznać przy ścisłem badaniu; kaszlu, kłucia w boku, gorączki i kaszlu brak, znajdujemy natomiast oznaki obecności płynu w opłucnie: stłumienie w dolnych częściach, zniesienie oddechu tub też niewyraźny oddech oskrzelowy, głos piersiowy bezdźwięczny, zniesienie drżenia głosowego. Rzadziej w początkach zdarza się gorączka, kaszel i duszność, poczem

wysłuchujemy oddech oskrzelowy i beczenie, wtedy dla postawienia rozpoznania zwrócić należy uwagę na inne objawy.

Objawy ostre jednak trwają czas krótki, przesięk po 8—10 dniach ulega wessaniu. W chorobach przewlekłych puchlina opłucny trwa dłużej, ma wtedy przebieg drętwy i skryty. Sama przez się puchlina niczem nie grozi i, prócz lekkiej duszności, nie sprowadza zaburzeń innych, ale niekiedy w chorobie Bright'a i płonicy skutkiem ilości przesięku sprowadza duszność niepokojącą.

Rozpoznanie. Obecność przesięku poznajemy po właściwych mu objawach, cechy zaś płynu rozpoznajemy po towarzyszących chorobie okolicznościach, należy zatem ściśle zbadać serce i mocz, znajdziemy wtedy wadę z. dwudzielnej lub białkomocz.

Leczenie. Wskazania: środki czyszczące, moczopędne oraz odciągające: olej rycynowy, jalapa, dyeta, mleczna, bańki suche lub cięte. W duszności nadmiernej opróżnienie klatki piersiowej.

C. Gruźlica opłucny.

Niezależnie od wysięku surowiczego lub ropnego, który w wielu wypadkach jest pochodzenia gruźliczego Laënnec opisał gruzełki opłucny, tworzące masy serowate, uciskające płuco, niszczące żebra i dziurawiące przestrzenie międzyżebrowe. Gruzełki rozwijać się mogą wewnątrz lub na zewnątrz opłucny. Znajdujemy więc gruzełki szare, małe, okrągłe, prosowate na powierzchni opłucny, otoczone wysiękiem włóknikowym nawarstwionym i unaczynionym; pod wysiękiem opłucna jest mętna, zgrubiała, nastrzyknięta, rozmiękła, pokryta ziarniną, oba listki zrastają się. Dzięki zlaniu licznych gruzełłów świeżych, tworzą się placki z odciskami żeber.

W tkance podsurowiczej ściennej spotykamy gruzełki w różnych okresach rozwoju, unoszące opłucną i dziurawiące płuco. To też Rilliet i Barthez opisywali jamy zewnątrz opłucnowe, nie łączące się z oskrzelami, bez uszkodzeń w płucach.

Jednem słowem—mówią Barthez i Sanné gruźlica może rozwinąć się na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni opłucny i dawać następujące postaci anatomiczne:

1. W jamie opłucny mogą tworzyć się szerokie złogi, uciskające płuco.

2. Nazewnątrz opłucny tworzą się złogi lub jamy różnej wielkości.

3. Gruzełki wewnątrz - opłucnowe ulegają rzadko rozmiękczeniu, zewnątrz zaś opłucnowe przeciwnie ulegają rozmiękczeniu i często dziurawią błonę surowiczą.

4. Ogniska mogą łączyć się z oskrzelami, po przedziurawieniu płuc.

5. Jeżeli te ogniska połączą się z ogniskami płucnemi, tworzą się masy opłucnopłucne, a w następstwie jama, której granice stanowią płuco i opłucna.

6. Skoro gruzełki w płucach są w bezpośrednim związku z gruzełkami gruczołów oskrzelowych, tworzy się jedna masa serowata przez całe płuco, sięgająca opłucny ściennej.

7. Różne stopnie rozwoju gruzełków kolejno występują w sposób następujący: na wewnętrznej powierzchni opłucny znajdujemy gruzełki świeże i szare, na zewnętrznej węzły gruźlicze; gruzełki rozmiękłe zdarzają się rzadko, zwykle w opłucnie ściennej.

8. Gruzełki występują zazwyczaj w obu opłucnych, jeżeli znajdują się w jednej, zdarza się to częściej w prawej, niż lewej.

9. Rozsiane gruzełki opłucny występują zwykle po jednej stronie.

10. Gruźlica wewnątrz opłucny, zdarza się częściej, niż zewnątrz, rzadziej występuje po obu jej stronach.

Objawy są nader niewyraźne i niecharakterystyczne: stępienie, względne zniesienie oddechu, zniesienie drżenia głosowego, zapadnięcie chorej części klatki. Kaszel i duszność nieznaczne i nie posiadają znamion wybitnych, plwociny ilość nieznaczna, lub brak zgoła. Z objawów ogólnych zaznaczyć należy wychudzenie, poty, charłactwo jak zwykle w gruźlicy. Rozpoznanie między gruźlicą opłucny a suchotami płucnemi lub przewlekłem zapaleniem opłucny jest trudne.

D. Zapalenie ropne opłucny.

Przyczyny. Ropne zapalenie opłucny zdarza się u dzieci bardzo często, może być ono ropnem od początku po zapalenin płuc, płonicy, ospie, gorączce połogowej lub też przeistacza się z zapalenia surowiczo-włóknikowego, to też bez przesady rzec można, iż każde zapalenie przewlekłe opłucny jest ropne. Na 206 przypadków zapalenia opłucny. Israel stwierdził w 59 przyp. ropę (29%). Przypisywano to przekłuciu opłucny, zabieg ten jednak u dzieci dokonywany jest rzadziej, a zresztą ropę zwykle znajdujemy już przy pierwszem przekłuciu.

Zapalenie ropne opłucny jest wynikiem zakażenia opłucny drobnoustrojami: dwoinką, paciorkowcem, l. Kocha, drobnoustrojami gnicia, gronkowcem i t. p. Na 28 przyp. ropnego zapalenia u dzieci Netter w 15 znalazł dwoinkę samą lub sprzężoną z paciorkowcem albo gronkowcem, w 5 paciorkowca, w 3 l. Kocha (Soc. méd. des hôp. 1890); podczas gdy u dorosłych na 100 33 zależy od paciorkowca, 17 od dwoinki, u dzieci odwrotnie 53% dwoinkowych zapaleń ropnych jest następstwem zapalenia płuc lub nieżytu płuc, jest zapaleniem meta-

pneumonicznem, dla tego też przeszło połowa zapaleń ropnych ma za przyczynę dwoinkę (Netter).

O wiele rzadziej zapalenie ropne opłucny rozwija się skutkiem pęknięcia jamy płucnej gruźliczej, ogniska zgorzelinowego, ropnia lub torbieli wątroby, próchnienia żeber, zapalenia wyrostka robaczkowego; w tym ostatnim razie sprawa rozwija się po stronie prawej i jest cuchnąca. Otok skutkiem zapalenia wyrostka jest bardzo groźny (Dielafoy. Ac. de méd. 1900).

Zapalenie ropnie opłucny występuje po odrze, grypie, w zapaleniu nagminnem opon. Na 241 przypadków (Anna Funkelstein) w 117 dzieci miały 4—5 l, w 79 5—10, w 44 10—15 l. Według Macé ropne zapalenie opłucny zdarza się u noworodków i niemowląt i jest wynikiem gorączki połogowej lub zakażenia; ropa głównie zbiera się między opłucną a osierdziem w ilości niewielkiej, otoczona jest błonami rzekomemi i zawiera paciorkowce, gronkowce i dwoinki (l'Obstetr. 1900).

Anatomia patologiczna. Zapalenie ropne opłucny prawie zawsze występuje po jednej stronie (50 jednostronnych na 5 obustronnych), ale u noworodków po gorączce połogowej jest zwykle obustronne. Na 50 przypadków wypada 28 po stronie lewej, 22—po prawej. Wysięk jest wolny lub rzadziej otorbiony, otorbienie jednak zdarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych.

Ropa jest zwykle żółtawa, zielonkawa, gęsta, rzadziej surowiczo-ropna z licznymi strzępkami, grudkami lub domieszką krwi, bez zapachu lub cuchnąca.

Przy przeistoczeniu wysięku surowiczego w ropny, wysięk początkowo mętnieje nim ostatecznie stanie się ropnym. W zapaleniu dwoinkowem ropa jest gęściejsza, śmietanowata, zawiera więcej błon rzekomych, niż w z. paciorkowcowem. Ilość wysięku waha się w granicach szerokich od paru łyżeczek aż do 1—2 litrów. Ilość mała może jednak pokryć cienką warstwą płuca i dawać objawy znacznego wysięku, wysięk znaczny powoduje

spłaszczenie i zepchnięcie płuca ku tyłowi oraz przyrośnięcie. Błony rzekome dochodzą do znacznej grubości i dzielą wysięk na komory w różnych kierunkach, tworząc niekiedy czepiec naokoło płuca. Płuco niekiedy może spłaszczyć się zupełnie i tworzyć rodzaj blaszki mięsnej przyrosłej do osierdzia, poczem już nigdy do swej czynności nie wróci. Zmiany tego rodzaju spotykamy w otoku tętniącym. Równocześnie żebra mogą być obnażone, pokryte wyroślami, przestrzenie międzyżebrowe są rozszerzone, przedziurawione, przepuszczają ropę, która zbiera się pod skórą (empyema necessitatis) na miejscu lub też opuszcza się ku lędźwiom. Przy umiejscowieniu ropy w lewej opłucnie serce zostaje zepchnięte na prawo i umocowane przez zrosty, skutkiem czego na zawsze pozostaje w tem położeniu.

W starszych zapaleniach ropnych niekiedy tworzy się przetoka opłucno-oskrzelowa i wysięk gazowy zmieszany z płynem. W przypadkach zadawnionych opłucna zmienia się niedopoznania, znajdujemy na jej miejscu zarówno po stronie ściennej jak i śródpiersiowej zamiast błony surowiczej gąszcz ropno-włóknikowy. W przebiegu zapalenia po zapaleniu metapneumonicznem zdarzyć się może zapalenie opon i osierdzia.

Objawy fizykalne są takież same, jak w zapaleniu surowiczem: stępienie zniesienie drżenia, oddech oskrzelowy, za to częściej występuje głos piersiowy bezdźwięczny. Częstą oznaką ropnego zapalenia opłucny jest obrzęk skóry, również za niem przemawia miejscowe wypuklenie przestrzeni międzyżebrowych. Na te objawy jednak czekać nie należy.

Objawy ogólne są charakterystyczne. Choroba przebiega ostro z gorączką wysoką (40°), tętnem szybkiem, bladością twarzy, potami nocnymi, wskazującymi na ropienie.

Rzadziej przebiega skrycie i daje odczyn zapalny nie większy, niż ropień zimny skóry. W innych znów przypadkach rozwija się typowa gorączka wyniszczają-

ca, z napadami przestankowymi gorączki, utratą łaknienia, biegunką i następczem charłactwem. O ile nie pospieszymy z interwencyą, chory wyniszczony umiera lub też sama natura sprowadza opróżnienie zbiorowiska ropy przez oskrzele lub przestrzeń międzyżebrową. Przy opróżnieniu przez oskrzela w czasie napadu kaszlu i duszności dziecię wykrztusza ropę obficie, zdarza się to głównie w zapaleniu metapneumonicznem. Na 256 przypadków (A. Funkelstein) spostrzegano zejście tego rodzaju 18 razy. Częściej zdarza się pęknięcie ropnia nazewnątrz: 33 na 256, tworzą się przy tem długotrwałe przetoki skórno-opłucnowe.

Ropa opuścić się może w okolicę lędźwiową, przez przeponę dostaje się do otrzewny; najlepszem zejściem jest opróżnienie otoku przez oskrzela, co nastąpić może na 15—20 d. choroby. Po wyzdrowieniu często występuje zapadnięcie klatki piersiowej z bocznem skrzywieniem kręgosłupa.

Choroba pozostawiona sobie, w przypadkach ostrych trwać może, 6 tyg. do 2 m., w przewlekłych, szczególniej gruźliczych $^1/_2$ roku. Dziś jednak nikt nie pozostawia otoku ropnego własnym losom, ale stosujemy szybko pomoc chirurgiczną, przez co skracamy czas trwania choroby, zwiększając oczywiście szanse wyzdrowienia.

Rokowanie zależy od przypadku, wogóle jest dzięki postępom chirurgii stosunkowo dobre. Oczywiście zapalenie ropne na tle gruźlicy jest bardzo ciężkie, żeby nie rzec beznadziejne, wiemy jednak, że u dzieci mamy do czynienia z postaciami łagodniejszemi, zależnemi od dwoinki lub paciorkowca czyli poddającemi się niżej podanemu leczeniu.

Zapalenie dwoinkowe może ustąpić samoistnie lub też przy zwykłem przekłuciu, jest to postać najłagodniejsza, nie wystarcza jednak stwierdzenie obecności drobnoustroju, zwrócić należy uwagę na stan ogólny chorych i przebieg choroby, gdyż nieraz zapalenie dwoin

kowe wymaga pomocy chirurgicznej, podczas gdy zapalenie paciorkowcowe może być wyleczone po przekłuciu.

Śmiertelność z zapalenia ropnego opłucny u dzieci nie przekracza 16%, u dorosłych wynosi 33%.

Rozpoznanie. Wspominałem już, że oznaki fizykalne nie wystarczają, a głos piersiowy bezdźwięczny względne tylko posiada znaczenie, tembardziej, że u małych dzieci stwierdzić go nie można. Długotrwałość wysięku przemawia za wysiękiem ropnym, obrzęk ścian, acz wyjątkowo, zdarza się i w zapaleniu surowiczem, posiada również znaczenie rozpoznawcze, tętnienie otoku przemawia zawsze za z zapaleniem ropnem. Silna gorączka, poty obfite, biegunka, cera ziemista wskazują na ropienie, pewności nabrać można przy przekłuciu próbnem, co pozwoli nadto na zbadanie wysięku pod względem bakteryologicznym i co dostarczy wskazówek leczniczych. Skoro wystąpią równocześnie objawy rzekomo-jamowe przypuszczać możemy gruźlicę, zwrócić jednak wtedy należy uwagę na umiejscowienie w części środkowej lub u podstawy, na zupełną tępość i t. p.

Przy tętnieniu można by myśleć o tętniaku tętnicy głównej, zwracając jednak uwagę na obszar stępienia, słabość uderzeń wykluczyć możemy to przypuszczenie. Pęcherze bąblowca i torbiele wykluczamy na zasadzie wyników przekłucia próbnego Po stwierdzeniu obecności ropy należy określić ilość wysięku; u 3-letniego chłopca stwierdziłem obszerne stępienie, a wyciągnąłem tylko 100 grm. ropy, dzięki temu, że skutkiem równoczesnego przekrwienia płuc ropa cienką warstwą pokryła płuco. Ilość wysięku określamy, biorąc pod uwagę obniżenie wątroby lub śledziony, wypuklenie klatki piersiowej. Rozpoznanie wysięku komorowego u dzieci możliwe jest tylko za pomocą przekłucia.

Leczenie wymaga zawsze pomocy chirurgicznej. Przedewszystkiem dokonać należy przekłucia, a nawet

powtórzyć je gdy wysięk się odnowi, ale nie należy zwlekać z operacyą pod pozorem, że mamy do czynienia z zapaleniem dwoinkowem, przekłucie bowiem sprowadza ulgę zaledwo chwilową, sprawa zaś trwa i wyniszcza ustrój dziecka.

Po jednem lub dwóch przekłuciach należy szerokiem cięciem otworzyć przestrzeń międzyżebrową, zachowując oczywiście zasady postępowania bezgnilnego. Wycięcie żebra tak rozpowszechnione w Niemczech z wyjątkiem niemowląt jest zbyteczne. Po zupełnem oczyszczeniu opłucny należy przepłukać ją ciepłym roztworem 1:4000 sublimatu, wodą słoną, 1% chloralem, wodą utlenioną, 3—4% kwasem bornym, wreszcie zwykłą wodą przegotowaną. Niektórzy zalecają po przecięciu opatrunek zwykły bez przemywania.

Skoro wystąpi cuchnienie lub gorączka, przepłukiwanie powtórzyć należy. Po dobrze wykonanym zabiegu występuje szybkie wyzdrowienie, po 2—3 tygodniach dziecko już chodzi. Otorbiony otok ropny leczymy wstrzykiwaniem śródmiąższowem 1% o sublimatu, 5% chlorku cynku, nasyconego roztworu wodnego, naftolu i t. p.

E. Zapalenie gnilne opłucny.

Zapalenie cuchnące opłucny zasługuje na rozpatrzenie oddzielne dzięki cuchnieniu wysięku, ciężkiemu stanowi ogólnemu i szybkiemu przebiegowi. Zapalenie gnilne może występować wtórnie po zgorzeli płuc, i wtedy słusznie nosi nazwę zapalenia zgorzelinowego, lub też pierwotnie skutkiem wtargnięcia swoistych drobnoustrojów, wywołujących cuchnienie, płuco wtedy jest zdrowe, nawet w razie odmy, wtedy mamy zapalenie cuchnące opłucny.

Zapalenie zgorzelinowe rozpoznać łatwo dzięki

cuchnącej plwocinie i oddechowi, w zapaleniu cuchnącem odór występuje dopiero po otwarciu jamy lub po dokonaniu przekłucia.

Przyczyny. W porównaniu z innymi postaciami zapalenie opłucny cuchnące zdarza się rzadziej, niż inne postaci zapalenia ropnego, przedewszystkiem u dzieci starszych, przedtem zdrowych, niekiedy po urazie klatki piersiowej (uderzenie, upadek na piersi). Po urazie objawy zapalenia opłucny występują bardzo szybko, w pozostałych przypadkach, gdzie niema urazu, poprzedzają je choroby zakaźne (grypa, dur, odra etc.) W wywiadach u większości chorych brak gruźlicy.

Anatomia patologiczna. Wysięk: ropa rzadka żółtoszarej barwy wydziela' odór nieznośny, pozostawiona na czas pewien w naczyniu dzieli się na dwie warstwy: dolną nieprzezroczystą, szarą i górną podobną do mleka, ciągnącą się w nić. Przy badaniu bakteryologicznym nie znajdujemy l. Koch'a, ale różne drobnoustroje i nici długie i cienkie, złożone ze streptothrix cuniculi Schmorl'a i b. filiformis pyogenes Flexneri, w jednym przypadku szczepienie śwince morskiej pozwoliło wyosobnić prątek zmienny (Widal i Nobecourt Soc. méd. des hôp. 1897).

Skoro choroba kończy się śmiercią, stwierdzić możemy, że płuco jest zdrowe zupełnie oraz że gazy znajdywane w opłucny pochodzą z samego wysięku.

Objawy. Choroba zazwyczaj rozpoczyna się ostro jak zapalenie płuc: kłucie w boku, duszność, stan ogólny ciężki przy wysokiej gorączce. Przy badaniu płuc znajdujemy oznaki umiarkowanego wysięku, wkrótce raptem występują objawy odmy piersiowej: odgłos bębnisty, pluskanie Hipokrates'a, zepchnięcie serca, duszność. Rzadziej choroba rozpoczyna się mniej gwałtownie, wysięk zbiera się u podstawy, a za pomocą przekłucia udaje się wydobyć 150—200 gm. ropy (Moussous), w tych razach oddech jest cuchnący i przed przekłuciem podej-

rzewać możnaby otok zgorzelinowy. W ciągu dni kilku stan ogólny ulega znacznemu pogorszeniu, tętno słabnie i, o ile nie pośpieszyć z pomocą, zejście jest złe.

W przypadku, który leczyłem razem z Vogt'em (Soc. mêd. des hôp. 1897) stan ogólny był tak zły, że nie bacząc na odmę, dzięki której przypuszczaliśmy gruźlicę, zrobiliśmy przekłucie, a następnie cięcie międzyżebrowe, uważając rzecz za straconą. Rokowanie w zapaleniu cuchnącem jest wogóle złe, szybko więc należy postawić rozpoznanie i pośpieszyć z pomocą.

Rozpoznanie. Skoro wystąpi plwocina lub oddech cuchnący i jednocześnie stwierdzimy objawy wysięku, rozpoznanie jest łatwe, w innych przypadkach cechy wysięku możemy określić po dokonaniu przekłucia próbnego. Częsta obecność odmy mogła by przemawiać za przedziurawieniem grużliczem płuc, cuchnące jednak własności wysięku po dokonaniu przekłucia wyjaśniają sprawę, zresztą uzupełniamy badanie, przez poszukiwanie w wysięku l. Koch'a. Przy jednoczesnym odorze z ust i plwocinie cuchnącej rozpoznać należy zgorzel powierzchownych warstw płuca, w braku tego objawu zapalenie grużlicze pierwotne, Nazwą pleuresies ozéneuses Dieulafoy oznacza 3 rodzaje: 1) zapalenie cuchnące opłucny 2) zapalenie gnilne i 3) zapalenie zgorzelinowe. W zwykłem zapaleniu cuchnącem brak gnicia, zgorzeli i odmy, jest to zatem zapalenie ropne o własnościach cuchnących np. międzypłatowe oraz otorbione (dwoinka, paciorkowiec l. okrężnicy. W zapaleniu gnilnem tworzy się guz—odma piersiowa, w jamie opłucny znajdujemy wtedy płyn surowiczo-ropny, mętny, szary (np. w zapaleniu po zapaleniu wyrostka). W zapaleniu zgorzelinowem następuje zgorzel tkanki płuca lub opłucny.

Leczenie. W przypadkach ograniczonych, podostrych można, jak chce Moussous, ograniczyć się do przekłuć i wstrzykiwań następczych (20 -- 30 grm. liqu. V. Swieten, tam jednak, gdzie wystąpi odma, działać należy bez

zwłoki, skoro tylko przy przekłuciu próbnem otrzymamy płyn cuchnący. Tegoż samego dnia należy zrobić szerokie cięcie w przestrzeni międzyżebrowej, przesączkować i przemyć jamę oraz powtarzać przemywanie codzień (1:2000 kali hypermang., 1% chloralu, 1:3000 sublimatu, woda utleniona, woda jodowa etc.). W ten właśnie sposób udało się mnie i Vogt'owi uratować chorego.

F. Zapalenie opłucny międzypłatowe.

Pod nazwą zapalenia międzypłatowego opisujemy zapalenie opłucny między płatami płuca (Dieulafoy Clin. méd. de l'Hôtel Dieu III 1900). Zapalenie to jest zawsze ropne, dla tego też zajmujemy się tą sprawą.

Przyczyny. Zapalenie międzypłatowe zdarza się u dzieci stosunkowo często, prawie zawsze przyczyną jest dwoinka, to też dawniej przypuszczano w tych razach ropień płuc jako zejście po zapaleniu. Za przyczynę często podają przeziębienie, szczególniej gdy ciało spocone jest wystawione na działanie wiatru lub deszczu. Po przeziębieniu rozwija się zapalenie płuc, a dopiero po przełomie rozwija się otorbione zapalenie opłucny; to ostatnie jednak może wystąpić i pierwotnie, gdy dwoinka tu właśnie odrazu obierze sobie siedlisko.

Anatomia patologiczna. Ropa zajmuje całą przestrzeń międzypłatową lub część, tworzy się jama jedna wypełniona wielką ilością ropy i gdy jest po stronie lewej spycha serce; lub też znaczna ilość komór, zawierających bardzo mało ropy. Zrosty łączą brzegi płuca, to też zbiorowisko ropne jest oddzielone od jamy opłucny jak ropień płucny, z którym ma wiele cech wspólnych pod względem klinicznym i anatomicznym. Wewnętrzna powierzchnia jamy jest nierówna, jama wypełniona jest płynem posokowatym, cuchnącym o zapachu zgorzelinowym. Naokoło tego zbiorowiska w przypadkach zadaw-

nionych znajdujemy czepiec twardy, w którym nie znajdujemy gruzełków, ani l. Kocha, natomiast znajdujemy dwoinkę, ziarenkowca czwórniaczego (b. tetragenes) oraz inne pasorzyty trupie (saprofity).

Objawy. Choroba w początkach daje objawy mało charakterystyczne: gorączka, dreszcz, ból w boku, rozpoznajemy zapalenie płuc, często słusznie, objawy jednak fizykalne są nieokreślone: występuje stłumienie, rzężenia, słaby oddech oskrzelowy; objawów zapalenia opłucny brak: brak stępienia, beczenia, głosu piersiowego bezdźwięcznego, przestrzeń Traube zachowana. Mimo to gorączka wysoka, stan ogólny zły. Wtedy rodzi się przypuszczenie otorbionego zapalenia opłucny, tembardziej, że w zapaleniu lewostronnem serce może być zepchnięte.

Po 8—15 dniach występują napady kaszlu z obfitą plwociną ropną, niekiedy cuchnącą, ropę poprzedzać może krwioplucie. W pomyślnych przypadkach zejście po opróżnieniu jamy w ten sposób może być dobre, pas stłumienia wtedy ustępuje, przeciwnie występuje odgłos bębnisty z oddechem dzbanowym, ten ostatni szybko znika i chory zdrowieje.

Są jednak przypadki, gdy ropień opróżnia się niedostatecznie, gorączka staje się wyniszczającą i śród objawów posocznicy dziecię umiera. Lub też choroba staje się przewlekłą, a wtedy mamy obraz jamy płucnej lub rozszerzenia oskrzeli. To też rokowanie powinno być oględne, gdyż u chorych, pozostawionych własnemu losowi, zejście śmiertelne zdarza się dość często, a wyzdrowienie nastąpić może dopiero po zabiegu chirurgicznym.

Rozpoznanie jest bardzo trudne. Wykluczyć należy: zapalenie płuc, co możemy zrobić i po kilku dniach, gdy brak objawów zwątrobienia i nie wystąpi przełom, zapalenie opłucny na zasadzie braku stępienia, beczenia i oddechu oskrzelowego, odmy piersiowej częściowej po pęknięciu ropnia do oskrzela, na zasadzie towarzyszących mu objawów ropień płuc, który zresztą, jest niezwykłym

wyjątkiem, gruźlicę płuc na zasadzie braku l. Kocha w plwocinie oraz przebiegu.

Trudniejsza sprawa z postaciami o przebiegu przewlekłym, gdy wystąpią objawy jamy płucnej, zwrócić wtedy należy uwagę na umiejscowienie w środkowej części płuca lub pod pachą, a nie u — wierzchołka, na oddech cuchnący i brak l. Kocha. Rozszerzenie oskrzeli daje jednak właśnie po środku płuca objawy jamy i tu właśnie leży cała trudność rozpoznania. W jednym np. przypadku chirurg rozpoznał zapalenie międzypłatowe, lekarz zaś rozszerzenie oskrzeli, to ostatnie rozpoznanie po pleurotomii okazało się słusznem. Też same również objawy dać może bąblowiec płuc, różni się jednak przewlekłem przebiegiem (drętwość, przewlekłość, przebieg bezgorączkowy).

W przypadkach wątpliwych należy zwrócić baczną uwagę na przebieg i początek choroby, rozszerzenie np. oskrzeli ograniczone jest następstwem zalegania ciał obcych, czego brak w wywiadach zapalenia międzypłatowego.

Wykluczywszy powyższe choroby możemy rozpoznać zapalenie miądzypłatowe. W początkach mamy nieco rzężeń, słaby oddech oskrzelowy oraz stłumienie, później pas stłumienia z boku i z tyłu, idący ku pasze, otoczony odgłosem jasnym, kierunek pasa zależy od położenia przestrzeni międzyżebrowej, a więc jest tylno-górny, środkowo-boczny, przednio-boczny. Po stronie lewej nieznaczny nawet wysięk powodować może zepchnięcie serca. Wreszcie zwrócić należy uwagę na krwioplucie i ropę w plwocinie, pęknięcie bowiem otoku ropnego jamy opłucny do oskrzela zdarza się wyjątkowo. Opróżnienie ropnia poprzedza często wydech cuchnący. Opróżnienie takie może dać zejście pomyślne, o ile nie przeciąga się długo.

Leczenie wewnętrzne jest bezskuteczne, mamy bowiem ognisko ropne, głębokie; o ile opróżnienie samoist-

ne nie nastąpi, należy uciec się do pomocy chirurgicznej, szczególniej gdy wystąpi gorączka wyniszczająca. Należy wtedy dokonać wycięcia kilku żeber i szukać ogniska, które trzeba opróżnić i wyjałowić. W miejscu największego stłumienia robimy przekłucie, często nic jednak nie otrzymujemy, ale ten wynik ujemny nic nie mówi, niekiedy dobre wyniki daje radiografia.

W ogłoszonych przez Dieulafoy przypadkach u dzieci $10^1/_2$ l. i 12 i $6^1/_2$ l. w 2 przypadkach wynik operacyi był pomyślny, w 3-cim dziecko zmarło. Jest to dla nas wskazówką.

G. Zapalenie krwotoczne opłucny.

Zapalenie krwotoczne zdarza się bardzo rzadko u dzieci, dzięki temu, że główna jego przyczyna—rak jest wyjątkiem. Wyjątkowo wywołać je może gruźlica, krwawiączka, gościec i grypa. To też przy przekłuciu otrzymywano płyn krwawy. Przed przekłuciem rozpoznanie niemożliwe. Rokowanie u dzieci jest dobre, większość spostrzeganych przez K. Levin'a (Jahrb. f. Kind. 1898) przypadków miała zejście pomyślne. Leczenie takie, jak w zapaleniu opłucny wogóle. Skoro stwierdzimy gościec—salicylan sodu, w zimnicy—chinina, gdy wysięk jest obfity, robimy przekłucie.

H. Zapalenie tętniące opłucny. Otok tętniący.

Nazwą otoku tętniącego oznaczamy wysięk krwotoczny, wywołujący tętnienie skurczowe, zbliżone do tętniaka. Ściana klatki piersiowej unosi się w całości na szerokiej przestrzeni lub też tętnienie występuje w ropniu o szerokiej lub wązkiej szypule (empyema necessitatis—Comby Empyema pulsatile, Paris 1895).

Przyczyny. Otok tętniący wogóle jest chorobą rzadką, rzadszą u dzieci, niż u dorosłych, opisywano jednak kilka tego rodzaju przypadków, między innymi słynny przypadek Aran'a (12 letnia dziewczynka), a osobiście w szpitalu Trousseau widziałem otok tętniący u 4 letniej dziewczynki. Choroba może być ostrą lub przewlekłą. Zapalenie dwoinkowe przejść może w otok tętniący, zwykle jednak są to wysięki stare przeważnie gruźlicze.

Mechanizm tętnienia wywoływał liczne tłomaczenia, niewątpliwie, zbiorowisko ropne otrzymuje uderzenia od skurczów serca i przenosi je na rękę lub ucho, dla czego jednak objaw ten występuje nie zawsze. Przypuszczam, że płuco spłaszczone i stwardniałe, przylegając do osierdzia staje się rezonatorem, Féréol przypisywał to odmie piersiowej, która jednak występuje nie zawsze w tym razie, wskazywano następnie na wzmożone ciśnienie w opłucnie i t. p.

Anatomia patologiczna. W opłucnie lewej znajdujemy w mniejszej lub większej ilości ropę i błony rzekome, płuco zaś samo zepchnięte, przyrosłe do osierdzia, otaczające serce, zepchnięte na prawo. W płucu znajdujemy jeden lub kilka otworów, łączących oskrzela z opłucną, niekiedy gruzełki, ale nie zawsze. Płyn jest zawsze ropny.

Objawy. Prócz objawów wysięku po stronie lewej znajdujemy tętnienie spółczesne z tętnem w tylnodolnej części klatki piersiowej, równocześnie stwierdzić niekiedy możemy odmę piersiową (succusio). Tętnienie może ograniczyć się do zbiorowiska, znajdującego się zewnątrz opłucny, ropnia znajdującego się z nią w połączeniu, ale siedzącego np. w lędźwiach. Po dokonaniu przekłucia próbnego tętnienie znika, ale skoro ilość płynu się zwiększy, wraca na nowo.

Choroba jest ciężka i trwa bez końca, chorzy umierają z wyniszczenia lub posocznicy; przy odpowiedniej pomocy wyzdrowienie możliwe.

Rozpoznanie. Pierwsze wrażenie jest takie, iż rozpoznajemy tętniaka tętnicy głównej, jeżeli jednak zwrócimy uwagę na obszerne stępienie, słabość tętnienia, gdy dokonamy przekłucia próbnego, wątpliwości ustaną. W świeżych przypadkach można liczyć na wyzdrowienie po operacyi. Niekiedy wyzdrowienie następowało samoistnie.

Leczenie. W otoku przewlekłym i gruźliczym dokonywamy przekłucia, które ma znaczenie paliatywu, w przypadkach świeżych dokonać należy przecięcia opłucny, wycięcia kilku żeber i przemycia jamy. Wyniki dobre (Archambault Albany méd. ann. 1900).

I. Odma piersiowa.

Odma piersiowa zdarza się u dzieci względnie rzadko i jest nagromadzeniem gązu w opłucnie; rzadko znajdujemy jednak wyłącznie gaz, gdyż nawet powietrze, wprowadzone do opłucny, powoduje wysięk, częściej mamy wysięk surowiczy lub ropny.

Przyczyny. Odma piersiowa powstaje skutkiem przedziurawienia płuca z wewnątrz ku zewnątrz (częściej) z zewnątrz ku wewnątrz (rzadko). Pewną rolę odgrywać może uraz: uderzenie, napad kaszlu, nadymanie, wdmuchiwanie. Jeżeli uraz jedynie był przyczyną odmy nie jest ona groźną i powietrze wchłania się szybko. Gorzej, gdy odma nastąpi skutkiem pęknięcia jamy płucnej, ropnia w nieżycie płuc, ogniska zgorzelowego, gdyż jednocześnie z powietrzem do opłucny dostają się wytwory gnilne, wywołujące otok ropny.

Główną przyczyną odmy są zapalenia ropne opłucny, wywołujce przedziurawienie z zewnątrz ku wewnątrz, następuje wtedy opróżnienie ropnia do oskrzela i odma piersiowa. Choroba częściej zdarza się u małych, niż starszych dzieci, na 15 przypadków Rilliet i Barthez znaieźl 10 u dzieci poniżej 5 lat, 5 – powyżej.

Anatomia patologiczna. Skoro klatkę piersiową otworzymy pod wodą, widzimy unoszące się z niej pęcherzyki powietrza i znajdujemy płuco zapadnięte, próby wydęcia płuca są bezowocne jeżeli otwór nie uległ zabliźnieniu, gdyż powietrze uchodzi przez otwór. Płuco może być przedziurawione w jednem lub kilku miejscach u wierzchołka, w części środkowej lub u podstawy, najczęściej zaś na brzegu tylnym płuca. W przypadku zgorzeli płuca (Rilliet i Barthez) znajdujemy liczne otwory, cała powierzchnia płuca może być niemi usiana. Wielkość otworu waha się od łebka szpilki do 2 cm. w średnicy, otwory mogą być okrągłe lub nierówne, niekiedy w postaci szpary, idącej do jamy lub oskrzela. Nad przetoką niekiedy znajdujemy rodzaj klapy, która ukrywa otwór, ale nie zamyka go szczelnie. W chwili badania otwór może już być zabliźniony. Częściej zdarza się odma ogólna, niż częściowa, w tym ostatnim wypadku płuco skutkiem zrostów podzielone jest na komory. Płyn w opłucnie bywa surowiczy, często cuchnący, zawiera wiele błon rzekomych.

Objawy odmy piersiowej są wielce charakterystyczne prócz wypuklenia i rozszerzenia odnośnej części klatki, znajdujemy odgłos bętnisty, zniesienie drżenia, oddech dzbanowy, brzęk metaliczny i szczęk spiżowy. Oznaki powyższe nie zawsze są w komplecie, wystarcza już jednak pluskanie. Choroba rozpoczyna się często silnym bólem w boku, dusznością, niepokojem, (u małych dzieci bólu brak). Oddech 50—60 na minutę, krzyk i głos przerywany, kaszel, plwocina ropna, dziecko siedzi lub leży na boku chorym.

W odmie lewostronnej, serce jest zepchnięte na prawo. Stopniowo duszność się zmniejsza. chory zaczyna przyzwyczajać się do ucisku płuca, szczególniej, gdy drugie jest zdrowe, twarz jednak jest blada, wargi sine, chory gorączkuje, tętno małe i szybkie, kończyny ziębną; w początkach niekiedy zdarzają się drgawki.

Niezależnie od objawów początkowych dalszy przebieg jest zawsze jednakowy, odma jest zejściem ciężkiej poprzedzającej choroby (gruźlica, zgorzel), a wtedy przyśpiesza śmierć lub — nastąpiła przypadkowo, a wtedy może nastąpić wyzdrowienie samoistne po zarośnięciu otworu i wessaniu wysięku, choroba jednak trwa długo i rokowanie jest wątpliwe.

Rozpoznanie. Jeżeli nawet brak objawów czynnościowych, oznaki fizykalne nie pozwalają się mylić. Rozedma bywa obustronną, oznak powyższych w niej brak. Odma częściowa zbliżona jest z objawów do jamy płucnej, ta ostatnia jednak daje dźwięk garnka rozbitego stępienie przy zachowaniu drżenia głosowego. Co się tyczy przyczyn odmy, należy starannie zebrać wywiady, przyczyny bowiem wpływają na rokowanie.

Leczenie. W początkach bańki suche, synapizma, w razie potrzeby bańki cięte. Gdy grozi uduszenie przekłucie klatki piersiowej lub pleurotomia, która u dorosłych dawała wyniki dobre.

KONIEC TOMU II GO.



Spis rzeczy, zawartych w T. II-im.

CZĘŚĆ II.

Dział I. Choroby przewodu pokarmowego i jego przydadków.

Rozdział I. Choroby jamy ustnej.

Rozdział II. Choroby gardzieli.

Rozdział III. Choroby przełyku.

Rozdział IV. Choroby żołądka.

Rozdział V. Choroby kiszek.

Rozdział VI. Choroby otrzewny.

Rozdział VII. Choroby wątroby.

KONIEC T. II-GO.

Redaktor i wydawca **D-r. Józef Zawadzki**.


1000174518